

Ś. p. Prof. Dr. G. Bilancioni.

Dnia 6.I b. r. zmarł po długiej i ciężkiej chorobie Profesor Guglielmo Bilancioni, dyrektor kliniki Oto-Laryngologicznej w Rzymie, członek honorowy Polskiego T-wa Oto-Lar. w wieku lat. 53.

Stopień D-ra med. uzyskał w 1905 r. a jako młody asystent Profesora Lucianiego został nagrodzony trzykrotnie za prace naukowe z dziedziny fizjologji i patologji ogólnej. W 1914 r. habilituje się z patologji ogólnej poczem poświęca się studjom z zakresu otorynolaryngologji, wkrótce też obejmuje posadę adjunkta Kliniki O. R. L. profesora Ferreriego. W roku 1918 zostaje mianowany profesorem otolaryngologji przy uniwersytecie w Pizie, gdzie urządza nową Klinikę, z której przez cały czas jego działalności wychodziły cenne prace naukowe z pod pióra zarówno Profesora jako też licznych jego współpracowników.

W roku 1929 po śmierci prof. Ferreriego zostaje mianowany dyrektorem kliniki O. R. L. w Rzymie, którą z właściwą sobie energją rozszerza i urządza na wielką skalę tak, że wkrótce staje się ona wielkim ośrodkiem naukowym naszej specjalności w stolicy nowego

państwa faszystowskiego. Liczny zastęp pracowników i hospitantów-cudzoziemców pracuje pod Jego kierunkiem, a publikacje, które wychodzą z tego wspaniale zorganizowanego warsztatu naukowego, zapełniają nietylko szpalty czasopism włoskich, lecz ogłaszane są również często w czasopismach zagranicznych. Spuścizna naukowa 300 prac naukowych, które wyszły z pod pióra ś. p. Zmarłego świadczy najwymowniej o Jego ogromnej pracowitości i obowiązkowości na powierzonej Mu placówce naukowej, jak również o szerokim kręgu zainteresowania we wszystkich gałęziach medycyny i filozofji.

Należy tu wymienić w pierwszym rzędzie prace kliniczne zebrane w dziele p. t. „Prime linee di una patologia dello sviluppo", a traktujące o wpływie konstytucji i dziedziczności na cierpienia przewlekłe górnych dróg oddechowych. Poszczególne jej części obejmują: patogenezę gruźlicy krtani, nieżytu zanikowego nosa z cuchnieniem (ozena), schorzeń przewlekłych nosa i zatok bocznych, z ucha zaś otosklerozę. Obdarzony wielkiemi zdolnościami literackiemi i artystycznemi (syn artysty rzeźbiarza i literata Rimini) potrafił z łatwością rozszerzyć swoje badania naukowe także w kierunku historji medycyny, pozostawiając cenne monografje o wielkich koryfeuszach wiedzy lekarskiej we Włoszech, że wspomnę tu tylko najważniejsze: życiorysy Eustachjusza, Valsalvy, Morgagniego, Lancisiego, Flajana, Ingrassia, Galvaniego, Bagliviego, Scarpy, Leonarda da Vinci, Cotugna, Folliego, Botalla, Cortiego i wielu innych, wykazując we wszystkich na stare tradycje szkół włoskich, które stały się podstawą dalszego rozwoju medycyny. Oprócz tych mongrafij znajdujemy w każdym niemal zeszycie „Il Valsalva", czasopisma, założonego przez ś. p. Zmarłego wyciągi z życiorysów wspomnianych pionierów nauk lekarskich, a w szczególności ich zasługi około rozwoju patologji i terapji górnych dróg oddechowych i ucha.

W ostatnich latach zdołał jeszcze opracować drugie wydanie 4-ro tomowego podręcznika chorób gardła nosa i uszu, będącego najobszerniejszem dziełem w języku włoskim z naszej specjalności, oraz I tom podręcznika o fonetyce biologicznej.

Nauka traci w Nim wybitnego klinicystę i uczonego, którego olbrzymi dorobek naukowy świadczy o gigantycznej wprost pracy, wielkim poczuciu obowiązku oraz umiłowaniu swej specjalności i uczącej się młodzieży.

A. Laskiewicz.

TOM XI. ZESZYT 2—3

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. P.

O ropniach otorbionych zatoki czołowej (pyocele frontalis) — Opis dwuch przypadków kazuistycznych.

Podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Rozszerzenie zatoki czołowej, powstałe wskutek nadmiernego nagromadzenia się w niej treści patologicznej otorbionej, dzielimy na wodniaki—hydrocele, śluzowiaki—mucocele i ropniaki — pyocele. O ile pierwszy z tych tworów otorbionych jest bardzo rzadki (*Killian* oblicza je zaledwie na 2 — 5% wszystkich tworów torbielowatych) to 2-gi i 3-ci typ zdarza się częściej i to przeważnie na tle urazowem.

Niewielka stosunkowo kazuistyka tych ostatnich tłumaczy się brakiem objawów podmiotowych i klinicznych zwłaszcza w początkowych okresach tego cierpienia. Dopiero dołączające się sczasem objawy zapalne ze strony zatoki czołowej oraz zaburzenia oczne (częściej przy ropniakach otorbionych) zwracają uwagę chorego i zmuszają go do leczenia się. Co się tyczy etjologji śluzowiaków i ropniaków jamy czołowej przez długi czas panowała rozbieżność zapatrywań odnośnie do ich powstawania. *Steiner i Zuckerkandl* uważali je za torbiele śluzówkowe wrodzone tejże zatoki. *Avellis* zaś przeczy temu twierdzeniu, przeciwstawiając torbielom pourazowym zatoki czołowej, powstającym wskutek wynaczynienia oraz stanu zapalnego śluzówki tej zatoki t. zw. torbiele zawiązkowe (wrodzone), które pochodzą od komórek sitowych przednich (cell. frontales infundibulares). Zdaniem tegoż autora wspomniane komórki sitowe, dotknięte procesem przewlekłym zapalnym, mogą niekiedy rozszerzać się nadmiernie w kierunku światła zatoki czołowej podobnie jak torbiele zębowe rosną do wnętrza zatoki szczękowej. Taka torbiel powoduje nadto wypchnięcie cienkiej ścianki oczodołowej wewnętrznej, wskutek czego powstaje już dość wcześnie wyraźne wypuklenie

w wewnętrznym kącie oka, dające charakterystyczne uczucie pergaminu przy obmacywaniu. Rentgenologicznie daje się w tych wypadkach wykazać zawsze na zdjęciu bocznem obecność dwuch ścianek w obrębie zatoki czołowej, które są od siebie oddzielone wąskim rąbkiem zredukowanej zatoki, zarysy zaś ścianki oczodołowej wewnętrznej i górnej są z reguły zatarte. *Reverchon* i *Worms* przyjmują również tę samą przyczynę powstawania niektórych postaci śluzowiaków zatoki czołowej, zaznaczając przytem że torbielowate zwyrodnienie komórki sitowej przedniej, która rozszerza się w kierunku sinus frontalis, ma dużo cech podobieństwa z torbielami zawiązkowemi w innych narządach, a co więcej w ich treści znajdują się często obok śluzu kryształki cholesteryny (*Triossi*). Torbiele zatoki czołowej, powstające na tle zapalnem, nazwane przez *Killiana* sinuitis frontalis chron. cum dilatatione, w których przychodzi do znacznego zwężenia a nawet zarośnięcia przewodu nosowoczołowego, zdarzają się naogół rzadko. Na tę postać zwrócił uwagę *Gerber*, a w okresie powojennym *Portmann, Gamaleia* i *Caboche* opisali dokładnie jej obraz kliniczny i sposób leczenia. Dają one zwykle silne bóle głowy, uczucie rozpierania w okolicy czoła i oczodołu po stronie chorej przy zupełnie ujemnej rynoskopji i niemożności wykonania zgłębnikowania przewodu nosowoczołowego. Natomiast wypuklenie dolnej ściany zatoki czołowej, dającej się z łatwością ucisnąć od strony oczodołu, musi wzbudzić podejrzenie obecności otorbionego wysięku w świetle tej zatoki.

Na tle urazów w okolicę czoła powstawać mogą również twory torbielowate z zawartością śluzową względnie śluzowo-ropną. Są one wówczas następstwem wynaczynienia oraz stanu zapalnego jamy czołowej o lekkim przebiegu, gdzie dopiero po dłuższym czasie przychodzi do wytworzenia się torbieli, zwykle w dolnym odcinku jamy czołowej, a jako jeden z pierwszych objawów występuje charakterystyczne wypuklenie w górnowewnętrznym kącie oka. Wypuklenie zaś ściany przedniej może w początkowych okresach ropniaka na tle urazowem wystąpić wówczas kiedy uraz wywołał rozległe pęknięcie względnie infrakcję części przedniej zatoki czołowej, która często ulega następowemu wysekwestrowaniu. Zazwyczaj mamy w tych wypadkach szeroką szczelinę komunikującą się z jamą, przez którą może powietrze z nosa podczas siąkania przedostawać się wprost do zatoki czołowej, powodując charakterystyczny chrzęst przy obmacywaniu w obrębie wspomnianego wypuklenia (o konsystencji elastycznej), które pod wpływem ucisku lub masażu może zniknąć w zu-

pełności. Przypadki takie opisali *Mason, Warren* i *Gerber*, nazywając je pneumatocele sin. frontalis. Zdarzają się one naogół bardzo rzadko.

Śluzowiaki zatoki czołowej, powstające na tle urazu, mogą być w samym początku nie rozpoznane, gdyż jedyny ich objaw—bóle głowy bez ropnego wycieku i zmian rynoskopcwych odnosi się zwykle do przebytego urazu. Dopiero stwierdzenie stłumienia wypukowego w porównaniu ze stroną przeciwną, lateralizacja stroika na stronę chorą (objaw *Glasa*) a w większej jeszcze mierze wynik badania rentgenologicznego i diafanoskopji, może skierować nasze rozpoznanie na właściwe tory zanim się jeszcze uwydatni wypuklenie ściany, o którem poprzednio była mowa.

Brioni opisał wyraźne objawy zewnętrzne ropniaka czołowego u 70-cio letn. mężczyzny. które powstały już w 40-ci dni po uderzeniu o twardy kant, *Gaus* zaś podobny przypadek w rok po postrzale w czoło u 50-cio letniego mężczyzny. *Baldenweck* i *Dubreuil* referują o przypadku czołowego guza powietrznego u młodej dziewczyny, który wystąpił wraz z typowemi bólami głowy w 10 miesięcy po uderzeniu w czoło piłką tenisową.

Inni autorzy podają znacznie dłuższy odstęp czasu pomiędzy urazem a wystąpieniem pierwszych objawów wspomnianej torbieli (*Killian, Lafite, Dupont*).

Objawy kliniczne muco — wzgl. pyocele frontalis dadzą się w ogólności podzielić na 1) nosowe względnie od zatoki czołowej 2) objawy ze strony oczodołu i oka, oraz 3) wnętrza czaszki.

Co się tyczy pierwszych, to w rynoskopji znajdujemy przeważnie obraz ujemny obok niemożności przesondowania przewodu nosoczołowego. Chory skarży się niekiedy na bóle rwące w okolicy czoła, które występują napadowo wśród dnia. Charakterystyczne wypuklenie w górnowewnętrznym kącie oka zjawia się jako jeden z pierwszych objawów zewnętrznych wspomnianej torbieli jamy czołowej i daje przy obmacywaniu typowe uczucie chrzęszczenia pergaminowego w odróżnieniu od zapadania się na ucisk nadmiernie rozszerzonej i ścieńczałej przedniej ściany zatoki czołowej, która sprawia wrażenie uginającej się pokrywy blaszanej. Jeżeli z czasem dojdzie do zupełnego zaniku blaszki kostnej zazwyczaj tylko na ograniczonej przestrzeni, wówczas ściana tej torbieli przylega bezpośrednio do okostny, w którem to miejscu czujemy wyraźnie chełbotanie. Zanik przegrody międzyzatokowej powoduje wciągnięcie w orbitę procesu zapalnego także drugiej zatoki czołowej, toteż mamy w tych wypadkach wypływ ropny z pod muszli środkowej po obu stronach

obok wyżej opisanych cech przewlekłego zapalenia zatoki czołowej, Objawy oczodołowe i oczne mają stosunkowo największą kazuistykę. jak o tem świadczą spostrzeżenia autorów odnośnie do tej kwestji. Już wspomniane wypuklenie w górnowewnętrznym kącie oka może wywoływać ucisk na oczodół a w szczególności na okolicę bloczkową, powodując początkowo lekki niedowład mięśnia bloczkowego, a w dalszym ciągu wyraźny zez, wskutek przemieszczenia bloczka od strony tegoż wypuklenia, jak na to zwrócili uwagę *Nonay, Bennoit i Birch-Hirschfeld.*

Większe torbiele jamy czołowej są w stanie wywołać przesunięcie gałki ocznej wdół oraz nazewnątrz z podwójnem widzeniem, jak w przypadkach opisanych przez *Hallauera, Langenbocka, Imhofera, Gipnera, Dowmana, Wormsa i Ferreriego.* Wytrzeszcz gałki ocznej obok znacznego jej przemieszczenia w dół i nazewnątrz spostrzegali w przypadkach mucocele frontalis: *Vialeix Reynes Imhofer, Zentner, Toru Satoke, Nakajmua Kenjiro i Dall' Ollio. Terrien i Weil* zaś widzieli wywichnięcie znacznego stopnia gałki ocznej nazewnątrz w następstwie pęknięcia do oczodołu dużej torbieli sitowo-czołowej, którą usunięto operacyjnie (*m. Oxton-Luc).* W obrębie naczyń oczodołowych przychodzi w tych wypadkach często do zastoju przez ucisk, wywołany torbielą, co powoduje niekiedy znaczne obrzęki powiek i spojówki.

Pzypadki takie opisywali *Eicken* (2 przyp. sin. fronto-ethmoidalis chron. c. dilatatione) a w ostatnich czasach *Canuyt i Wakamatsu.* Gałka oczna bierze pośrednio też udział w zespole przytoczonych zmian oczodołowych, wykazując mniej lub więcej wyraźny zastój w naczyniach dna oka a w związku z tem obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. To znów łączy się ze zmianami w polu widzenia pod postacią jego ścieśnienia a wyjątkowo tylko amblyopją (*Birch-Hirschfeld).* W przypadku ogłoszonym przez *Zentnera* ucisk dużego śluzowiaka na gałkę oczną spowodował obok wspomnianych zaburzeń krążenia i odszczepienia siatkówki także zmianę krzywizny rogówki (astygmatyzm). *Michajl* opisał przypadek dużego śluzowiaka zatoki czołowej, który, rozszerzając się w kierunku oczodołu, spowodował wytrzeszcz gałki ocznej, tarczę zastoinową, obrzęk brodaweczki nerwu wzrokowego oraz sfałdowanie się siatkówki nazewnątrz od plamki ślepej obok drobnych wynaczynień w tych miejscach. Po doszczętnem usunięciu torbieli zmiany te w znacznej części ustąpiły.

Wreszcie zaburzenia wewnątrzczaszkowe wywołane śluzowiakiem czy ropniakiem otorbionym zatoki czołowej należą do rzadkości

a występują tylko w tych wypadkach, w których przez ucisk rozrastającej się torbieli przychodzi do ubytku mniej lub więcej rozległego w wewnętrznej ścianie zatoki. Bezpośrednie przyleganie ściany torbieli do opony twardej prowadzi sczasem do zrostu, którego wyrazem są bóle głowy o zmiennem natężeniu, stale się utrzymujące jak w przypadkach, opisywanych przez *Eickena, Bennoita Gamalei i Sedana.* W przypadku dużego śluzowiaka zatoki czołowej (wielkości jaja kurzego), opisanym w r. 1924 przez *Portmanna,* w którym na skutek długo utrzymującego się zapalenia zatoki czołowej lewej, przyszło do zarośnięcia przewodu nosowoczołowego, przez ucisk zaś na ścianki kostne powstał ubytek w przegrodzie międzyzatokowej oraz ścianie wewnętrznej tejże zatoki. W obrębie tego ubytku miało miejsce bezpośrednie zetknięcie się ściany torbieli z oponą twardą W następstwie zaś długotrwałego stanu zapalnego zatoki czołowej (po tej stronie) przyszło do zrostu z oponą twardą, wskutek czego chora cierpiała na silne bóle głowy, nie dające się niczem uśmierzyć. Zrosty te nastręczają wielkie trudności przy oddzielaniu torbieli od opony, toteż w celu zabezpieczenia przestrzeni podoponowej *Portmann* używa 10% tra J, którą pociera oponę twardą w najbliższem sąsiedztwie tych zrostów. Wywołuje to odczyn zapalny aseptyczny na oponie twardej, w następstwie którego przychodzi do wytworzenia się zrostów z pajęczynówką i oponą miękką, stanowiących dostatecznie silny wał ochronny przed ewentualnem skaleczeniem opony twardej podczas operacji.

Na możliwość powstawania pachymeningitis ext. z tworzeniem się ziarniny na oponie w przypadkach dużych śluzowiaków zatoki czołowej, zwrócił uwagę *Canuyt* (2 przyp.). Z innych objawów wewnątrzczaszkowych wymienić należy ucisk szybko rosnącej torbieli przez ubytek w tab. interna na płat czołowy, przyczem występują zaburzenia analogiczne do tych, jakie spotykamy przy guzach płata czołowego. Te rzadko występujące postaci powikłań mucocele frontalis opisywali *Rosenberger, Plandes i Zentner.* Obecność równoczesną śluzowiaków i kostniaków zatoki czołowej, które rentgenologicznie sprawiały wrażenie bańkowatego przejaśnienia, jakgdyby doczepionego do ciemnego tworu kostnego, wychodzącego ze ściany wewnętrznej zatoki, opisywali *Baldenweck i Toru Satoke.* Wspomniani autorowie podali równocześnie sposób leczenia operacyjnego tych przypadków.

Z dwuch leczonych przeze mnie przypadków pyocele frontalis chodziło w pierwszym o mężczyznę lat 39 J. P., który przed 8-miu laty doznał złamania kości czołowej w okolicy łuku brwiowego

lewego. Z tego powodu był operowany na oddziele chirurgicznym, który opuścił po kilku tygodniach w stanie wyleczonym. W miesiąc później powstała przetoka w miejscu blizny pooperacyjnej, a ropa zaczęła się wydzielać również przez nos. Odtąd perjodycznie zjawiał się obrzęk czoła i bóle głowy, które w ostatnim tygodniu uległy nasileniu. Z tem zgłosił się do kliniki. *St. pr*: Dobrze zbudowany i odżywiony. Serce, płuca bez zmian. Obrzęk nasady nosa, przechodzący na lewą połowę czoła, bolesny na ucisk. Skóra lekko zaczerwieniona, a w okolicy łuku brwiowego lewego podłużna blizna rozciągająca się w kierunku nasady nosa.

Przy badaniu rynoskopowem stwierdza się: przechylenie przegrody nosa na stronę lewą znacznego stopnia, utrudniające badanie przewodu środkowego; wydzielina śluzowo-ropna w nieznacznej ilości w przewodzie dolnym. Po stronie prawej nieżyt przewlekły rozrostowy z wydzieliną śluzowo-ropną w przewodzie środkowym, którą w rynoskopji tylnej widać spływającą po obu stronach spod muszli średniej. T.: 37.4°C; il. c. b. 7.300 z przewagą limfocytów i c. b. segmentowanych. Zdjęcie roentgenowskie wykazuje wyraźne zaciemnienie obu zatok czołowych. W lewej zatoce czołowej widać twór kulisty o brzegach odcinających się wyraźnie od konturów zatoki, przechodzący częściowo przez septum front. na stronę przeciwną (p. rys. 1) Pozostałe jamy boczne bez zmian. Ze strony oka również brak jakichkolwiek zaburzeń. W uśpieniu narkotyl-etorowem wykonano operację doszczętną sposobem *Killiana.* Cięcie typowe z przedłużeniem w kierunku nasady nosa i na stronę prawą. Po oddzieleniu części miękkich natrafia się na ubytek w kości wielkości około 2 c^2., prowadzący do zatoki czołowej, której światło jest znacznie zwężone przez twór torbielowaty o ścianach cienkich wielkości śliwki, przechodzący przez ubytek w septum front. do prawej zatoki czołowej. W jamie czołowej jak również w świetle tej torbieli wydzielina ropna gęsta oraz ziarnina, pokrywająca jej ściankę. W okolicy tabula int. mały sekwestr wielk. około 20-to groszówki ruchomy, dający się z łatwością usunąć. Obnażona opona twarda bez zmian. Całą torbiel wraz z ziarniną usunięto doszczętnie a przez wysztancowanie brzegów kostnych tab. externa ku górze i nazewnątrz uzyskano szeroki dostęp także do jamy czołowej prawej. Przegrodę nosową wycięto pośluzowo, następnie celem uzyskania szerokiego połączenia z nosem wyrezekowano muszlę środk. wraz z komórkami sitowemi oraz częściowo także brzeg zewnętrzny wyrostka czołowego kości szczękowej. Tak obszerny otwór dozwalał na przeciągnięce szerokiego tamponu

z wytrepanowanej jamy do nosa. Ranę zewnętrzną zaszyto. Po 3-ch tygodniach zostaje zwolniony z raną zagojoną do leczenia ambulatoryjnego. Po upływie 2-ch miesięcy pacjent zjawia się z bólami głowy oraz przetoką wielkości grochu w okolicy łuku brwiowego, tuż poza korzeniem nosa.

Przystąpiono więc do ponownej rewizji rany, przyczem znaleziono ognisko retencyjne wypełnione ziarniną wielkości małej fasoli w miejscu, odpowiadającem przetoce. Po wyłyżeczkowaniu tegoż miejsca i okrwawieniu brzegów podminowanej skóry, ranę zaszyto, a do nosa przez rozszerzony otwór komunikacyjny wyprowadzono seton. Rana zagoiła się szybko, a chory już od $1^1/_2$ roku nie ma żadnych dolegliwości.

Badanie drobnowidowe wycinka ze ściany wewnętrznej tegoż ropniaka wykazało: Nabłonek jest miejscami jednowarstwowy walcowaty lub sześcienny, miejscami wielorzędowy. W tkance łącznej włóknistej widać sporą ilość fibroblastów, limfocytów i klasmatocytów. Naczynia krwionośne również dość liczne. Włókna tkanki łącznej podnabłonkowej łączą się bezpośrednio z okostną. Beleczki kostne tab. int. w miejscu przylegania do ścianki torbieli wykazują wybitne ścieńczenie oraz zwłóknienie, pozatem barwią się wyraźnie (p. rys. 2).

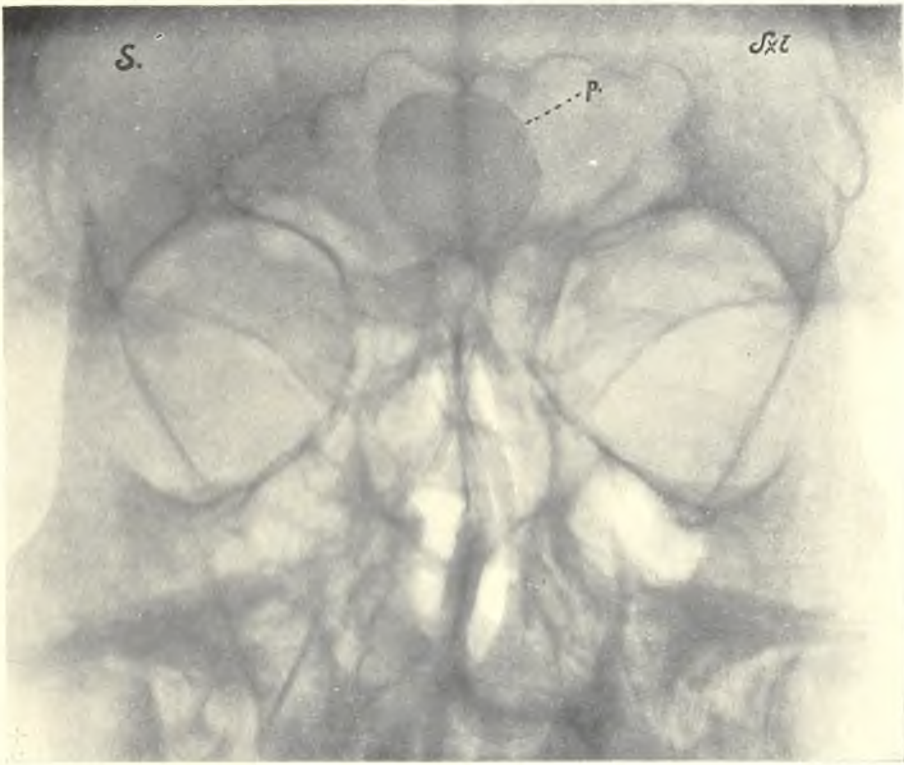
Drugi przypadek dotyczył kobiety 1.:28. T. K., która przed 6-ma laty została przypadkiem uderzona w czoło (grabiami). Utworzył się wówczas po prawej stronie czoła mały guzek, który utrzymywał się w tym stanie do września ub. roku. Od tego czasu z niewiadomego powodu guz zaczął się powiększać, nie sprawiając chorej żadnych dolegliwości. Z tem została przekazana do kliniki.

St. pr: Wzrost wysoki, budowa średnia. Bladość skóry oraz widocznych błon śluzowych. Ciepłota nie podwyższona. Tętno 78 n/m dobrze napięte. W okolicy nadoczodołowej prawej wyniosłość wielkości 5 cio zł. (p. rys. 3), sprawiająca przy dotyku wrażenie załamywania się pokrywy blaszanej. Bardziej ku górze i przyśrodkowo stwierdza się mały ubytek kostny z wyraźnem chełbotaniem. Skóra ponad nim niezmieniona daje się ująć we fałdy. Badanie nosa wykazało: skrzywienie przegrody nosa na stronę lewą, po prawej powiększenie przedniego końca muszli środkowej i dolnej, polip wypełniający przewód środkowy oraz wydzielina ropna. Diafanoskopowo: zaciemnienie całkowite jam bocznych po stronie prawej. Zdjęcie roentgenowskie w ułożeniu potyliczno-czołowem dało: W obrębie prawej zatoki czołowej bańkowate przejaśnienie o brzegach zaokrąglonych, obejmujące całą zatokę (p. rys. 4). Zdjęcie w ułożeniu bocznem wykazuje stopień redukcji

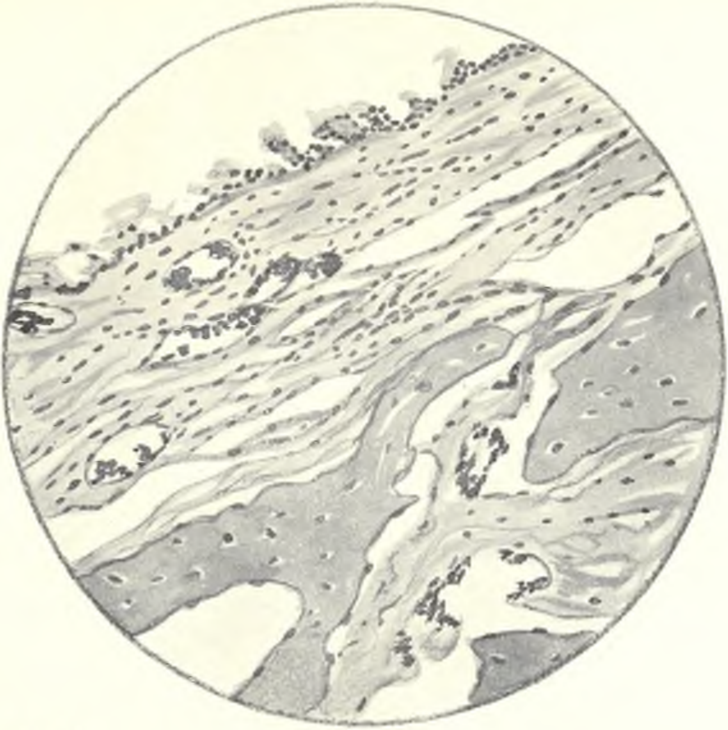
jamy czołowej przez wspomniany twór torbielowaty (p. rys. 5). Gałka oczna bez zmian, ruchomość jej prawidłowa. Nakłucie próbne zatoki szczękowej prawej wykazało obecność ropy w wielkiej ilości. Operacja w uśpieniu evipan Natr. + eter. Cięcie wzdłuż łuku brwiowego aż do okostny (jak do Killiana), schodzące od nasady nosa ku dołowi z ominięciem wewnętrznego kąta oka i okolicy woreczka łzowego. Po odseparowaniu części miękkich wraz z okostną stwierdza się, iż kość zewnętrznej ściany zatoki czołowej jest wypuklona w postaci guza wielkości dużej śliwki o ścianach cienkich, dających się z łatwością ugnieść i przeświecających sinawo. Brzeg oczodołowy górny jest również wypuklony nazewnątrz i stanowi jakgdyby dolną część guza.

W górnej jego części stwierdza się ubytek kostny wielkości ok. l. 5 c^2, w obrębie którego wyściółka wewnętrzna zatoki czołowej, a raczej ściana torbieli leży tuż pod okostną. Dopiero zdjęcie całkowite ścieńczałej ściany przedniej ujawnia zarysy torbieli wielkości dużej śliwki, wypełniającej prawie zupełnie światło zatoki czołowej. Wobec znacznego ścieńczenia łuku brwiowego, sterczącego jako zbyt ostra krawędź w dolnej części zatoki, postanowiono łuk ten zdłutować całkowicie, przechodząc w ten sposób na metodę *Riedela*, która umożliwiła wyjęcie całkowite tworu torbielowatego i, co najważniejsze, udrożnienie połączenia z nosem. Ściana tej torbieli dość spoista, wypełniona gęstą cuchnącą ropą (bakterjologicznie streptoc. krótkie); w miejscu jej uszkodzenia widać jej powierzchnię wewnętrzną pokrytą wybujałościami ziarninowatemi. Badanie wycinka tej ściany wykazało: (p. rys. 6-ty). Warstwa zewnętrzna torebkowa wykazuje pasma łącznotkankowe o przebiegu mniejwięcej równoległym do obwodu z małą ilością elementów komórkowych. Na granicy pomiędzy torebką a wyściółką wewnętrzną (warstwa podśluzowa i śluzowa) znajdują się liczne naczynia krwionośne częściowo rozdęte, niektóre z nich o ścianach zgrubiałych, zmienionych szklisto, są wypełnione całkowicie składnikami morfotycznemi krwi. Prócz tego spotyka się w obrębie ścianki naczyniowej naciek, złożony z komórek obojętnochłonnych, komórek plazmatycznych (w małej ilości) oraz plazmatocytów. Błona śluzowa przedstawia obraz typowy tworzącej się ziarniny. Widoczne w niej liczne naczynia włosowate pączkujące są wypełnione krwią, a dookoła tych naczyń znajdujemy wielką ilość komórek plazmatycznych, granulocytów obojętnochłonnych oraz młodych elementów łącznotkankowych.

Włókna klejodajne występują w tej warstwie dość skąpo w postaci delikatnych pęczków, barwiących się słabo na różowo eozyną.



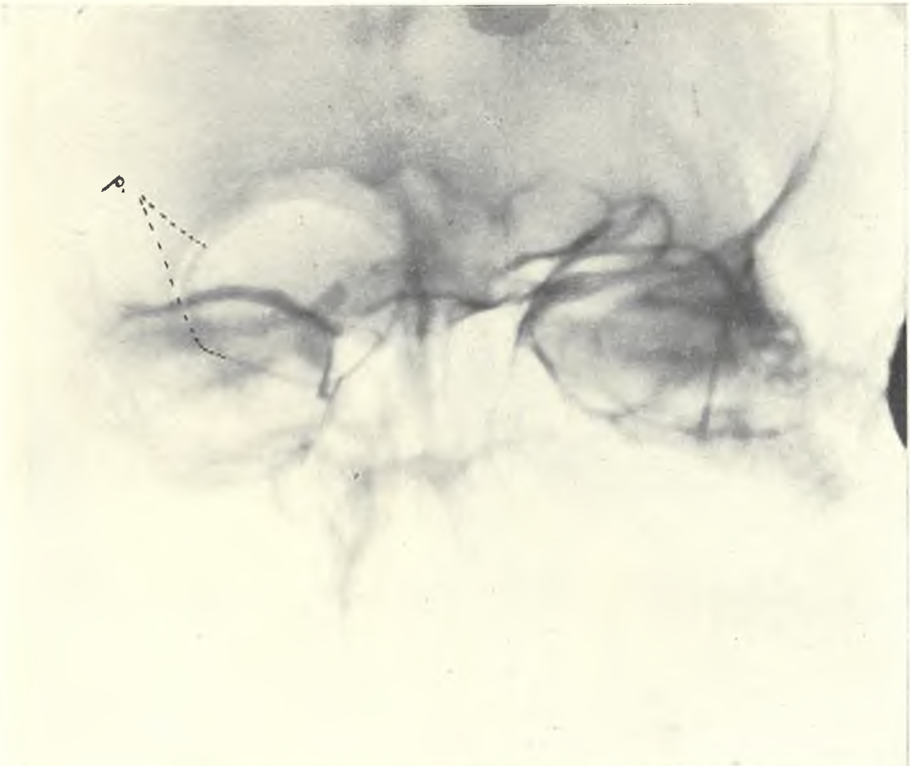
Rys. 1. J. P. l. 39. Pyocele frontale sin. etmoidalis et maxilaris chron. sin.
P — zarysy torbieli.



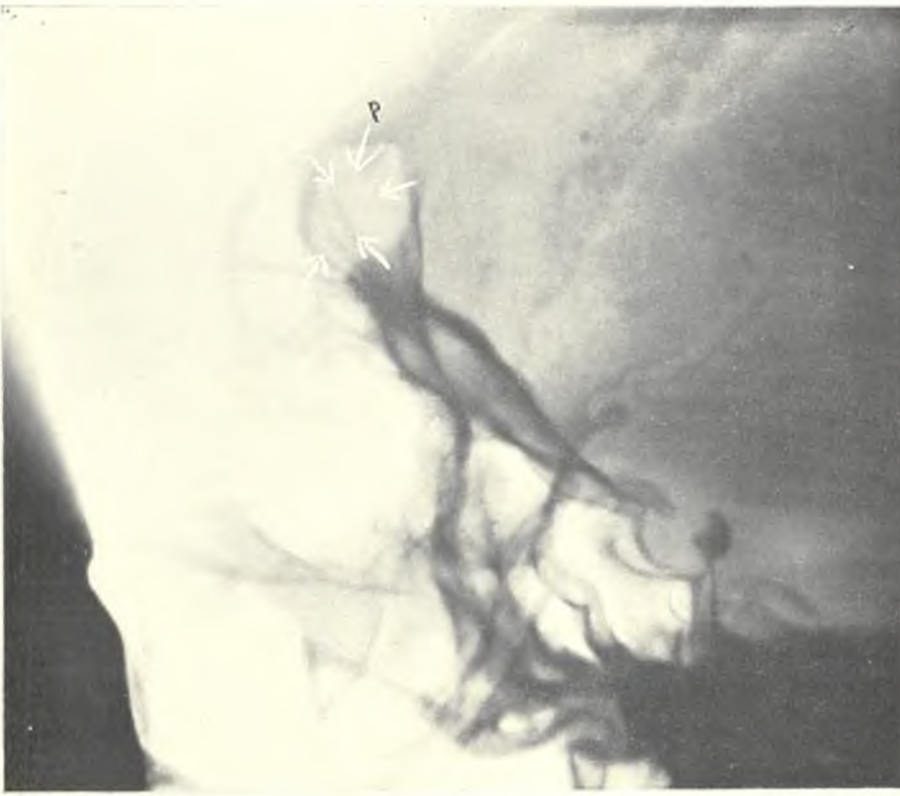
Rys. 2. T. S. Wycinek ze ściany torbieli wraz z blaszką kostną tab interna. Leitz 3. n. nabłonki.



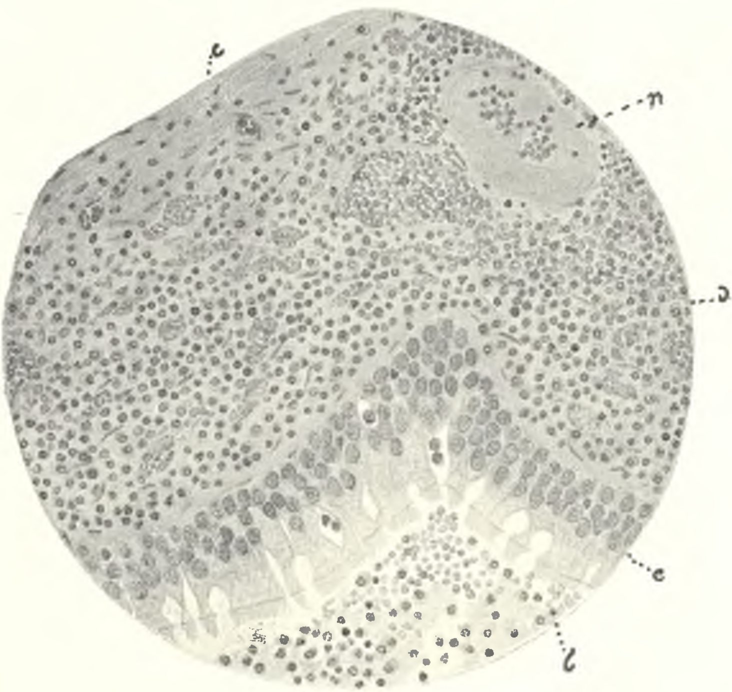
Rys. 3. K. T. l. 28. Pyocele front. dxtr.
Wypuklenie ściany zewn. zatoki czołowej.



Rys. 4. T. s. Zdjęcie rentgen. w ułożeniu occipito—front. *p*. zarysy torbieli.



Rys. 5. T. s. Zdjęcie rentgen. boczne *p*. zarysy torbieli.



Rys. 6. T. s. Wycinek ze ściany torbieli barwiony Hem.-eoz. Leitz. 3. *c*. ściana zewn. torbieli, *n* naczynie krwion. *d*. nacieczenie drobnokom. warstwy podnabłonkowej, *e* nabłonek migawkowy, *b* składniki ropy.

Warstwa podnabłonkowa posiada budowę podobną do wyżej opisanej, z tą różnicą że ma nieco większą ilość wspomnianych włókienek. Jej grubość wynosi około 20-u mikronów. Błonki podstawnej wykazać się nie daje. Nabłonek, wyścielający powierzchnię wewnętrzną tej torbieli jest wielorzędowy migawkowy z komórkami kubkowemi. Komórki walcowate z migawkami wykazują stale obecność ciałek przypodstawnych w postaci drobnych obok siebie ułożonych ziarenek. Pomiędzy opisanemi komórkami nabłonka stwierdza się obecność licznych elementów wędrujących (do światła) pochodzenia prawdopodobnie łącznotkankowego. O ich przytoczonych własnościach świadczy fakt, że znajdują się na różnych wysokościach nabłonka. Komórki kubkowe o wyglądzie typowym. W komórkach zaś migawkowych stwierdza się tu i ówdzie obecność drobnych wakuolek o cechach prawdopodobnie związków tłuszczowych, zajmujących głównie okolicę ponadjądrową. Na powierzchni nabłonka stwierdza się nadto dużą ilość granulocytów obojętnochłonych jako składników ropy, która wypełniała całkowicie światło tej torbieli.

Tabula int. wykazuje nadto znaczne wgłębienie oraz ścieńczenie ściany kostnej w miejscu, odpowiadającem największej wypukłości torbieli. Ścianka oczodołowa w przeciwieństwie do wspomnianych nie wykazuje żadnych nieprawidłowości. Po wycięciu muszli środkowej i wyskrobaniu komórek sitowych przednich, wyrezekowano wyrostek czołowy szczęki górnej, stwarzając szeroką komunikację do nosa. Komórki sitowe od strony oczodołu były wypełnione obficie masami ziarninowatemi i ropą, które dokładnie oczyszczono. Szeroka tamponada gazą jodoformową całej jamy potrepanacyjnej, szwy skórne oraz drenik w zewnętrzny kąt rany. Codzienna zmiana opatrunku z zakładaniem setonów przez szeroki otwór do jamy czołowej. Przebieg gojenia gładki; utrzymało się tylko przez czas dłuższy obrzmienie obu powiek w wewnętrznym kącie oka. Gałka oczna bez zmian, lekki niedowład mięśnia bloczkowego prawego.
V5/5
V5/5 $\overset{0}{+}$ 1, $\overset{0,5}{+}$ O obj. $+$ E, dno oka bez zmian. Po upływie 5-ciu tygodni chora opuściła klinikę w stanie wyleczonym.

W zestawieniu powyższych danych podkreślić należy, że ropniaki otorbione zatoki czołowej powstają najczęściej na tle urazu wskutek wynaczynienia oraz stanu zapalnego zatoki czołowej o stosunkowo lekkim przebiegu, gdzie dopiero po czasie przychodzi do wytworzenia się torebki śluzowej obok zarośnięcia przewodu nosowoczołowego. Wzrost liczby przypadków kazuistycznych tego cierpienia daje się

zauważyć szczególnie w okresie powojennym. Z objawów objektywnych zaznaczyć należy niemożność przesondowania przewodu nosoczołowego przy zupełnie ujemnym obrazie rynoskopowym, bóle głowy w okolicy danej zatoki. Z zewnętrznych zaś wypuklenie w górnowewnętrznym kącie oka (już w samym początku) a sczasem też i ścieńczałej ściany przedniej zatoki czołowej (tab. externa), która daje przy ucisku wrażenie uginającej się pokrywy blaszanej. Ze strony oczodołu mamy niekiedy przesunięcie gałki ocznej wdół i nazewnątrz, niedowład mięśnia bloczkowego obok obrzęku powiek i spojówki, tarczę zastoinową i odszczepienie siatkówki, (spotykane bardzo rzadko) na tle drobnych wynaczynień, wskutek zastoju, wywołanego uciskiem na naczynia oczodołowe. Wreszcie objawy wewnątrzczaszkowe pod postacią ucisku na oponę twardą i płat czołowy występują tylko w tych wypadkach, w których przez ucisk rozrastającej się torbieli przychodzi do ubytku w wewnętrznej ściance zatoki. Leczenie powinno być zawsze operacyjne doszczętne (sposobem *Killiana* wzgl. *Riedela)*, które daje wygodny dostęp do całkowitego wyłuszczenia torbieli, dokładnej rewizji okolicy oczodołowej i tabula int. a równocześnie zabezpiecza przed nawrotem sprawy zapalnej w zatoce czołowej, jak również przed tworzeniem się przetok nazewnątrz.

(Z Kliniki Otolaryngologicznej U. P. Dyrektor Prof. Dr. *A. Laskiewicz*)

Dr. JAROSŁAW IWASZKIEWICZ
st. asyst. kliniki.

Powikłania oczne i oczodołowe pochodzenia nosowego w świetle cyfr i spostrzeżeń Kliniki Otolaryngologicznej U. P.

Zanim omówię szczegółowo przypadki, tyczące się tytułu wymienionego zagadnienia, chciałbym choć w krótkości przypomnieć stosunki anatomiczne jam bocznych nosa i ich związek z oczodołem, jak również dać obraz dróg szerzenia się powikłań na oczodół i gałkę oczną w przebiegu ich zapaleń ostrych i przewlekłych.

Górna ściana zatoki czołowej, będąca równocześnie stropem oczodołu, sięgać może niekiedy ku tyłowi, jak to opisał *de Klejn*, aż do *foramen opticum*. W płaszczyźnie czołowej wymiar jej waha się również w dość szerokich granicach, sięgając niekiedy aż do

zewnętrznego kąta oczodołu. Różne jest tak samo wzajemne ułożenie zatoki czołowej do labiryntu sitowego. Komórki sitowe przednie w niektórych przypadkach rozprzestrzeniają się nazewnątrz pod dolną scianę zatoki czołowej, jak wykazały to licznie przez nas dokonywane zdjęcia rentgenowskie jam bocznych nosa, — i tworzą wówczas strop oczodołu. Chcę tu zaznaczyć, że w przypadkach tych niektórzy mylnie je biorą za dolną część zatoki czołowej, podzielonej na dwie części blaszką poziomą. Niemałą też rolę odgrywa grubość ścian jam bocznych nosa, tworzących oczodół. Waha się ona w granicach od 1 cm. do grubości bibułki papierosowej; szczególnie należy odnieść to do blaszki papierowatej i górnej sciany zatoki szczękowej. Te niekiedy bardzo cienkie ściany oczodołu same przez się predysponują szerzenie się spraw chorobowych z zatok nosa na oczodół, nie są jednak jedyną drogą tych powikłań. Co więcej, ściany kostne zatok nosa nie zawsze tworzą ciągłą przegrodę z oczodołem, są w nich małe braki, przerywające sobą jednolitość substancji kostnej. Szczególne znaczenie dla patologji stanowią małe otworki, przez które przechodzą naczynia i nerwy, których według *Kuhnt'a i Gerbera* najwięcej posiada blaszka papierowata. O brakach takich w górnej ścianie zatoki szczękowej i klinowej wspomina *Onodi i Herzog*, ten ostatni znajdował przypadki, gdzie przez wspomniane braki kostne błona śluzowa zatoki klinowej ściśle przylegała do pochewki nerwu wzrokowego. W przypadkach *Gerlacha* prócz ścisłego połączenia pomiędzy błoną śluzową zatoki klinowej a pochewką nerwu wzrokowego znajdowała się mała żyła łącząca tę zatokę z nerwem.

Niemały też udział w szerzeniu się powikłań oczodołowych i ocznych bierze okostna oczodołu. Przez szczelinę oczodołową dolną *(fissura orbitalis inf.)* okostna oczodołu przechodzi w okostnę szczęki górnej; przez przedni otwór oczodołu *(apertura orbitalis)* w okostnę kości sąsiednich; przez przewód nosowołzowy i otwór sitowy tylny *(foramen ethmoidale posterius)* łączy się z okostną jamy nosa. Opona twarda mózgu na przednim brzegu otworu wzrokowego rozdziela się na dwie blaszki: jedna z nich wytwarza pochewkę nerwu wzrokowego, a druga opisaną wyżej okostnę ścian oczodołu *(periorbita)*. Połączenia żylne jam bocznych nosa z żyłami oczodołu i zewnętrznemi żyłami twarzy stanowią bardzo ważny czynnik w powstawaniu powikłań. Nie uwzględniamy nawet anomalij w połączeniu żylnem, najbardziej bowiem normalny przebieg naczyń żylnych sam przez się jest dogodną drogą dla szerzenia się powikłań na oczodół i oko. Każde zapalenie zatoki nosa w mniejszym lub większym

stopniu dotyka również naczyń żylnych i, jeżeli dojdzie w przypadkach tych do wytworzenia zakrzepu zakażonego, powikłanie wtedy ze strony oczodołu i oka jest nieuniknione. *Venae ethmoidales*, przechodząc przez otwory naczyniowe w blaszce papierowatej do oczodołu, łączą się tu z *vena ophthalmica superior*, a w niektórych przypadkach z *vena ophthalmica inferior*. Według badań *Gurwitsch'a* z sieci naczyń żylnych w zatoce czołowej w 5% wszystkich przypadków wychodzi żyła przez kość do *vena ophthalmica superior*. Również pomiędzy zatoką szczękową a oczodołem są liczne połączenia. Splot naczyń żylnych w tej zatoce (w jej śluzówce) ma połączenie z *vena ophthalmico-facialis* i przez ścianę dolną oczodołu *z vena infraorbitalis*, a przez *vena angularis z vena ophthalmica superior*. *V. angularis* łączy się z *vv. palpebrales inferiores*, które zbierają krew z żył kanału nosowołzowego, żyły kanału nosowołzowego mają zespolenia z żyłami zatoki szczękowej; co dalej, *vena ophthalmica inferior* ma zespolenie z *plexus pterygoideus*, który to splot częściowo jest utworzony z żył zatoki szczękowej przebijających okolicę guza szczęki, czyli zaburzenia w krążeniu żylnem zatoki szczękowej mogą dać z kolei zaburzenia w odpływie krwi przez *plexus pterygoideus* i *plexus nasolacrimalis* a więc zaburzenia w krążeniu oczodołu i obu powiek. Nie można też pominąć naczyń limfatycznych, przebiegających wzdłóż nerwów i naczyń prawie zupełnie jeszcze niezbadanych, a niewątpliwie dużą rolę odgrywających w powstawaniu powikłań.

Częstość występowania powikłań oczodołowych i ocznych w przebiegu schorzeń jam bocznych nosa według materjału kliniki otolaryngologicznęj U. P. z ostatnich sześciu lat przedstawia się następująco: na ogólną liczbę 732 chorych dotkniętych zapaleniem jam bocznych nosa, powikłań tych było 22 czyli 3%.

Spotykaliśmy następujące powikłania:

1. Odma powieki górnej . . . . . . 2 przypadki
2. Obrzęk zapalny powiek . . . . . 8 „
3. Ropowica oczodołu i powiek . . 4 „
4. Zapalenie kości i okostnej kości oczodołu z przetoką do oczodołu . . . . 3 „
5. Śluzowiak sitowo-czołowy . . . . 2 „
6. Zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego . . . . 3 „

W powikłaniach powyższych zatoki nosa brały udział w kolejności następującej:

Zatoki sitowe	w 12	przypadkach
„ czołowe	„ 6	„
„ szczękowe	„ 2	„
„ klinowa	w 1	przypadku

W jednym przypadku powikłania ocznego zmian w zatoce nie znaleziono, o czem będę mówił potem. Jak wynika z powyższego zestawienia, powikłania ze strony oczodołu i oka zdarzają się najczęściej w przebiegu schorzeń komórek sitowych, stanowią one 54,5% wszystkich powikłań. Rozpatrzmy teraz po kolei powyższe powikłania.

Odma oczodołu i powiek.

Odma oczodołu powstaje na skutek wytworzenia komunikacji pomiędzy gałką oczną, ściślej oczodołem, a jedną z jam bocznych nosa przez wniknięcie powietrza do części miękkich oczodołu przy zwiększonem jego ciśnieniu w jamach bocznych, jak to bywa przy forsownem wysiąkaniu nosem lub kichaniu. Wtedy powietrze zostaje wepchnięte do oczodołu i zbiera się naokoło stożka mięśniowego w tłuszczu oczodołowym. Gałka oczna zostaje wysadzona ku przodowi, zmniejsza się jej ruchomość, powstaje uczucie silnego napięcia. Od odmy oczodołu należy odróżnić częściej spotykaną odmę powiek, przy której powietrze zbiera się w tkance podskórnej powieki lub pod *fascia tarso-orbitalis;* powikłanie to jest znacznie lżejsze, mija szybciej i poza upośledzeniem ruchomości powieki żadnych objawów nie daje. Powikłania te najczęściej powstają na skutek urazów, opisali je *Kramsztyk, Reber, Salus, Hirschberg, Harlan i Graeffe.* Przy powstawaniu powyższych powikłań rozchodzi się przeważnie o pęknięcie blaszki papierowatej, rzadziej kości łzowej, a jeszcze rzadziej dolnej ściany zatoki czołowej. Za predyspozycję należy uważać wrodzoną cienkość ścian jam bocznych nosa, tworzących oczodół lub braki kostne w nich, albo takież cechy nabyte naskutek chorób nosa, według *Rampoldis'a*, nieżytu zanikowego nosa, kiły i t. d. W przypadkach tych sprzyja również cienka i atroficzna tkanka podskórna, spotykana u osób starych i wyniszczonych. W klinice naszej dwa razy spotkaliśmy się z odmą powieki górnej, powstałą podczas operacji otwarcia błędnika sitowego: u pacjenta K. J lat 58 i N. S. lat 21 najwidoczniej przez uszkodzenie hakiem *Hajeka* blaszki papierowatej powieki górnej odma powstała u tych pacjentów po silnem wytarciu nosa podczas operacji. Powikłanie to, jak wspomniałem,

nie należy do powikłań ciężkich, u naszych pacjentów sprawa ta cofnęła się już po czterech dniach. Rozpoznanie tego powikłania jest bardzo łatwe, sam pacjent zwraca na nie uwagę, a macając nagle obrzmiałą powiekę, stwierdza się jej trzeszczenie.

Obrzęk zapalny powiek.

Obrzęk powiek oraz najbliższego sąsiedztwa oczodołu powstaje na skutek szerzenia się sprawy zapalnej z zatoki na tkankę oczodołową i powiekową drogą naczyń chłonnych i przybierać może dość znaczne rozmiary zwłaszcza przy jednoczesnem zapaleniu okostny oczodołu. Obrzęk powiek, jako zapalenie surowicze wiotkiej tkanki podskórnej, określane według francuskich autorów nazwą *„état fluxionnaire"* zdarza się najczęściej u dzieci i to przeważnie w przebiegu zapalenia komórek sitowych przednich. Szczegółowiej nad tem zastanawiać się nie będę, wspomnę tylko, że na nasze 8 przypadków tego powikłania w 5 chodziło o zajęcie zatok sitowych—w trzech czołowych.

Zapalenie kości i okostnej kości oczodołu z przetoką do oczodołu.

Według *Hirschwald'a* powikłanie to w 59,8% zawdzięcza swe powstanie zapaleniu jam bocznych nosa. Zapalenie ściany kostnej z przetoką do oczodołu spotyka się najczęściej przy zajęciu zatoki czołowej, rzadziej komórek sitowych i zatoki górnoszczękowej — powikłanie to występuje przeważnie w zapaleniu powyższych zatok na tle szkarlatyny, grypy i tyfusu, mniej często na skutek spraw zapalnych przewlekłych w zatokach na tle gruźliczem i kiłowem. Z przypadków naszych 3 razy mieliśmy możność obserwować to powikłanie: raz sprawa ta dotyczyła pacjentki W. A. lat 68, u której przetoka do oczodołu znajdowała się przy jego dolnym brzegu i powstała na skutek przewlekłego ropnego zapalenia (pogrypowego) lewej zatoki szczękowej. Przetoka ta występowała przy jednocześnie trwającem obrzęku spojówki gałki i powieki dolnej, jak również ropowicy tejże powieki. Wyżej wymieniona pacjentka przybyła do kliniki 18.IV 32, ze skargami na od pięciu tygodni trwające bóle oka lewego, obrzęk oka i policzka, zaznacza przytem, że leczyła się u lekarza okulisty, który naciął miejsce obrzęku pod okiem. Obrzęk oka jednak nie ustąpił, a z rany po nacięciu stale sączy się ropa. Podczas badania nosa stwierdza się polip wychodzący z lewego przewodu nosowego środkowego, wypełniający mniej więcej połowę lewej jamy nosowej, po odsunięciu polipa zgłębnikiem ku przegrodzie widać spływającą ropę z pod muszli środkowej. Diafano-

skopowo zatoka szczękowa lewa nie prześwieca. Rozpoznaje się zatem zapalenie zatoki szczękowej. Wykonano operację radykalną metodą *Caldwell-Luc'a.* Podczas operacji stwierdza się zniszczenie tkanki kostnej górnej ściany zatoki szczękowej tuż przy brzegu oczodołu wielkości ziarna bobu. Na skutek operacji usunięte zostało cierpienie powyższe i pacjentka po trzech tygodniach pobytu w klinice zwolniona została w stanie wyleczenia.

W drugim przypadku chodziło o pacjentkę R. A. lat 36, przybyłą do kliniki w marcu 1932 r. Przypadek ten co do charakteru powikłania jak i przyczyny podobny jest do przypadku pierwszego z tą różnicą, że przetoka u tej chorej znajdowała się na dolnym brzegu oczodołu po stronie prawej. W tym przypadku taksamo operacja radykalna zatoki szczękowej sprawę chorobową usunęła. Przypadek trzeci dotyczył pacjentki S. M, lat 25, u której przetoka do oczodołu znajdowała się w jego ścianie przyśrodkowej po stronie prawej. Przetoka powyższa powstała na skutek sprawy ropnej w komórkach sitowych przednich na podłożu gruźliczem. W tym przypadku chodziło nietylko o zajęcie komórek sitowych lecz i reszty zatok *(pansinuitis).* Części zniszczonej tkanki kostnej pobrane podczas operacji w obrazie histopatologicznym wykazały typowe utkanie gruźlicze. Przebieg zapalenia okostny i tkanki kostnej bywa różny, a w większej mierze zależy od umiejscowienia: umiejscowione na brzegu oczodołu jako tak zwane *periostitis et ostitis anterior* są znacznie lżejsze, niż umiejscowione w głębi oczodołu tak zwane *periostitis et ostitis posterior.* Po usunięciu przyczyny, to znaczy wyleczeniu chorej zatoki, powikłanie to, wywołane przez nie, znika szybko. Jako o dalszem powikłaniu wspomnieć należy o zajęciu nerwu wzrokowego, prowadzącem do ślepoty (*Snell, Knapp, Schmidt, Rimpler).* Mogą również powstać zaburzenia w krążeniu, stanowiące przyczynę niedowidzenia lub ślepoty. Niemałą rolę odgrywa tu również działanie jadów bakteryjnych. Według *Hirschwald'a* na 409 przypadków zapaleń oczodołu pochodzenia nosowego liczba ślepoty przez zanik nerwu wzrokowego wynosiła 10,5%, z tego przejściowych zaburzeń ze strony nerwu wzrokowego wypadało 13,4%. U naszych chorych zaburzeń ze strony wzroku nie było.

Ropowica oczodołu i powiek.

Rozpatrując powstawanie ropowicy oczodołu, powinniśmy odróżnić pod względem jej etjologji trzy grupy: zapalenie tkanki pozagałkowej na skutek urazów lub też zabiegów operacyjnych na niej czy

na zatokach, przy których zmuszeni jesteśmy tkanki miękkie oczodołu odseparować od ściany kostnej oczodołu, jak to bywa naprzykład w operacji *Ritter-Jansena:* wprowadzając wówczas infekcję w miękkie tkanki oczodołu wywołujemy jej zapalenie. Drugą grupę stanowią zapalenia, które przechodzą na oczodół z najbliższego otoczenia; trzecią grupę wreszcie stanowią zapalenia, powstałe na drodze przerzutów w przebiegu tyfusu, a w przypadku *Löser'a* w kamicy żółciowej. Podobne przerzutowe zapalenia oczodołu spotykano w posocznicy i ropnicy, jak również zakażeniu połogowem. Dwie pierwsze grupy ropowicy oczodołu, jak widzimy, zależą bezpośrednio od schorzeń jam bocznych nosa, lub są następstwem zabiegów na nich dokonywanych. Ropowica oczodołu powstaje przez zakrzepowe zapalenie żył, znajdujących się w oczodole lub żył, łączących jamy boczne nosa z oczodołem. Powikłanie powyższe zapalenia jam bocznych nosa prowadzić może do dalszych komplikacyj ze strony nerwu wzrokowego i siatkówki: powstać mogą stany zapalne brodawki, zakrzepy i zawały w siatkówce, wybroczyny na siatkówce, objawy jaskry i zanik nerwu wzrokowego. Dalej poprzedzają one najczęściej powikłania wewnątrzczaszkowe i są nieraz ich bezpośrednią przyczyną, jak ilustrują to nam przypadki, spotykane w piśmiennictwie, gdzie po ropowicy oczodołu wystąpiło zapalenie opon mózgowych i ropień mózgu. Jak wielkie niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta stanowi powyższe powikłanie, przedstawia statystyka *Hirschfeld'a,* u którego na 275 przypadków śmiertelność wynosiła 19% i tyleż trwałej ślepoty. Z przypadków tych powikłań mieliśmy dwa razy ropowicę powieki górnej, jeden raz dolnej i jeden przypadek ropowicy oczodołu. W dwuch przypadkach ropowica powiek wystąpiła na skutek operacji *Ritter-Jansena.* Nie chcę omawiać wszystkich poszczególnych przypadków w ich przebiegu kilinicznym, przedstawię tylko jeden dla całokształtu niniejszego referatu.

Pacjent B. B. lat 39 ogrodnik przybywa do kliniki 6.II 1933 r. z powodu przewlekłego pogrypowego zapalenia zatok (*pansinuitis*). 8.II 1933 r. operacja radykalna zatoki czołowej. Po operacji obrzęk powieki górnej, powieka na ucisk bolesna. Stan podgorączkowy. Temperatura od 37° do 37,5°. 22.II 1933 obrzęk powieki bardziej się zwiększa, 24.II temperatura 38,2°, pacjent dostaje 4 cm. propidonu domięśniowo; 25.II wytwarza się przetoka na powiece, z przetoki sączy się gęsta ropa. 28.II kontrincyzja i drenaż powieki. 5.III sprawa ropna się cofa, 16.III pacjenta zwalnia się z kliniki.

Przypadki ropowicy powieki, jak widzimy, przebiegają stosun-

kowo lekko i kończą się zazwyczaj pomyślnie; daleko cięższem powikłaniem jest ropowica tkanek miękkich oczodołu. Przypadek ropowicy oczodołu dotyczy pacjenta K. Sz. lat 39, przysłanego do klinikiki przez lekarza okulistę w dniu 35.XI 1930 r. Z wywiadów wynika, że pacjent od kilku lat cierpi na bóle głowy, ropny wyciek z nosa i trudności w oddychaniu nosem. Przed dwoma tygodniami bóle głowy się wzmogły, prawe oko zapuchło, wysadzone zostało ku przodowi i nadół. Zdjęcie rentgenowskie jam bocznych i badanie rynoskopowe wykazały zajęcie komórek sitowych, zatoki szczękowej i czołowej po stronie prawej. Dokonano endonazalnego otwarcia zatoki czołowej i komórek sitowych. Podczas resekcji małżowiny środkowej i wejścia do labiryntu sitowego stwierdza się w nim wielką ilość ropy i ziarniny. Na drugi dzień po operacji pacjent gorączkuje—39,2 oraz ma silne bóle głowy. Przy wyjęciu sączków z nosa wypływa dużo cuchnącej ropy. Bóle głowy się wzmogły, pacjent traci chwilami przytomność. Na trzeci dzień po operacji następuje zejście śmiertelne. Sekcji nie wykonano, niewątpliwie jednak ropowica oczodołu w tym przypadku była bezpośrednim powodem jakiegoś powikłania wewnątrzczaszkowego, które z kolei było powodem nagłego zejścia śmiertelnego.

Śluzowiaki.

Dalej powikłania oczodołowe spowodowane były dwa razy śluzowiakami sitowo-czołowemi. Pod pojęciem śluzowiaka (*mucocele*) rozumiemy nagromadzenie się płynu śluzowego, lepkiego, o barwie przezroczystej, mlecznobiałej lub czekoladowej w jednej z jam bocznych nosa bez tendencji do wessania się, a przeciwnie z wyraźną dążnością do coraz większego gromadzenia się. Przy jednocześnie powstałem zamknięciu ujścia zatoki do nosa następuje zbieranie się płynu śluzowego, na skutek czego powstaje twór torbielowaty, rosnący bardzo powoli, który uciskając na ściany zatoki powoduje scieńczenie ich z następowem bańkowatem rozdęciem całej zatoki. Scieńczenie to najpierw jest ograniczone, a potem coraz bardziej się rozszerza, następuje wreszcie całkowite zresorbowanie ściany kostnej zatoki i wyjście guza w kierunku oczodołu, do wnętrza nosa lub też do jamy czaszkowej. Uwzględniając stosunki anatomiczne komórek sitowych, zatoki czołowej oraz wzajemne ich ułożenie, łatwo jest zrozumieć powstawanie śluzowiaków kombinowanych zatoki czołowej i błędnika sitowego, z jakiemi mieliśmy możność się spotkać, lub powikłań oczodołowych i wewnątrzczaszkowych, wywo-

łanych tem cierpieniem. Tem łatwiej zrozumieć można powstanie śluzowiaka sitowoczołowego w przypadkach silnie rozwiniętych komórek przednich lub czołowych błędnika sitowego, w których to przypadkach komórki te oddzielone są zazwyczaj od zatoki czołowej bardzo cienką blaszką. Ściany oczodołu: górna i przyśrodkowa, będące dolną ścianą zatoki czołowej i blaszką papierową kości sitowej są bardzo cienkie, to też powikłania oczodołowe w przebiegu śluzowiaka występują najczęściej i znać o sobie dają przeważnie tylko przez te powikłania. W niektórych przypadkach śluzowiak uciska na nerw wzrokowy lub drąży do jamy czaszkowej, cisnąc na oponę twardą, może też być przyczyną jej przedziurawienia.

Schorzenie to zalicza się do cierpień rzadkich, nie jest jednak tak rzadkiem, jak się powszechnie sądzi. Spotykamy się z niem bowiem dopiero przy powikłaniach, przezeń wywołanych. Co do przyczyny powstawania śluzowiaka, to mamy wiele na tę sprawę poglądów. Jedni z autorów odnoszą zamknięcie ujścia zatoki do urazu, co powoduje następowe tworzenie się śluzowiaka w sposób, wyżej podany. *Reverchon i Worms* przypuszczają, że chodzi tu o wadę rozwojową. *Zuckerkandl, Steiner i Sprenger* wywodzą śluzowiak z systemu gruczołowego. *Wojaczek* uważa, że powstanie śluzowiaka poprzedzone jest owrzodzeniem i blizną. *Ferner* zalicza je do grupy zmian naczynioruchowych. Według *Hajeka* w pewnej określonej liczbie przypadków rozchodzi się najprawdopodobniej o torbielowate zwyrodnienie nieżytowo zmienionej błony śluzowej. *Dmochowski*, opisując przypadek sekcyjny śluzowiaka zatoki górnoszczękowej, przeprowadza analogję pomiędzy śluzowiakiem jam bocznych nosa a śluzowiakiem wyrostka robaczkowego, czy też woreczka żółciowego. Uważa on, że powstanie śluzowiaka poprzedzone jest zawsze długotrwałym procesem zapalnym błony śluzowej zatoki, przy którym następuje zamknięcie ujścia zatoki do nosa i gromadzenie się płynu surowiczego, gdyż zapalnie zmieniona śluzówka zatoki traci zdolność do wchłaniania. Zawartość śluzowiaka składa się z płynu śluzowego lub surowiczego bez jakichkolwiek części morfotycznych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę możliwość powstawania śluzowiaka wskutek urazu, to i tu przyjmujemy, że przy urazie następuje zapalenie okostnej, w następstwie którego błona śluzowa zatoki zostaje również dotknięta zapaleniem nieżytowem.

Największych rozmiarów śluzowiak opisał *Langenbeck. Moure* opisał przypadek, w którym śluzowiak powstały w prawym błędniku sitowym przedziurawił przegrodę i w postaci przepukliny wystawał

do lewej połowy nosa. *Bellingham* podaje przypadek, w którym śluzowiak przedziurawił tylną ścianę zatoki czołowej, tak że można było widzieć pulsację opony mózgu. Ciekawe przypadki podają: *Thomson, Gioacchini, Raoul* i inni. W naszem piśmiennictwie przypadki śluzowiaków opisali: *Laskiewicz, Zalewski, Baurowicz i Kryński*

Przypadek 1. Pacjentka B. J. lat 14. Przed pół rokiem zauważyła, iż lewe oko coraz bardziej zostaje wysadzone ku przodowi. W marcu 1933 r. pacjentka zostaje przysłana do ambulatorjum tutejszej kliniki z kliniki ocznej celem zbadania jam bocznych nosa z podejrzeniem na kostniak oczodołu. Podczas badania stwierdzono co następuje: gałka oczna lewa wysadzona ku przodowi, nazewnątrz i ku dołowi; w kącie przyśrodkowym oka lewego guz wielkości śliwki zajmujący $^{2}/_{3}$ przyśrodkowej części łuku brwiowego i cały wewnętrzny kąt oka. Guz ten przy cisku niebolesny, twardy. Rynoskopowo poza rozdęciem muszli środkowej zmian nie stwierdza się. Diafanoskopowo jamy boczne nosa przeświecają prawidłowo. Dnia 8 marca pacjentka przybywa ponownie do naszej kliniki. Stan jak wyżej,— oprócz tego na wyżej opisanym guzie rana cięta, idąca z przyśrodkowego kąta oka przez guz do $^{1}/_{3}$ łuku brwiowego. W ranie sączek z gazy, po wyjęciu którego wypływa z rany ciecz gęsta biaława, nie cuchnąca. Przy wejściu zakrzywionym zgłębnikiem do rany stwierdza się brak dolnej ściany zatoki czołowej i blaszki papierowatej kości sitowej. Po znieczuleniu błony śluzowej wnętrza nosa przystępuje się do otwarcia wewnątrznosowego błędnika sitowego. Przecina się nożycami *Struykena* małżowinę środkową tuż przy jej nasadzie. Podczas jej przecinania wypływa z okolicy komórek sitowych ciecz gęsta, ciągnąca się, koloru białego. Małżowinę środkową usuwa się kleszczami *Grünwald'a,* stwierdza się przytem, że jest ona przyrośnięta do przegrody. Błędnik sitowy otwiera się hakiem *Hajeka;* komórki sitowe przednie i tylne i zatoka czołowa tworzą wspólną jamę o ścianach gładkich, lśniących, stwierdza się przytem połączenie pomiędzy błędnikiem sitowym, zatoką czołową i oczodołem. Ścianę przyśrodkową błędnika sitowego usuwa się, tworząc w ten sposób szerokie jego połączenie z jamą nosa. Jamę nosa tamponuje się gazą jodoformową; ranę skórną w przyśrodkowym kącie oka zaszywa się czteremi szwami jedwabnemi. Przebieg gojenia pooperacyjnego bez powikłań. Gałka oczna wraca do normalnego położenia.

Przypadek II dotyczy pacjentki K. M. lat 16, przysłanej do kliniki otolaryngologicznej z kliniki ocznej Uniwersytetu Poznańskiego. W tym przypadku tak samo mieliśmy do czynienia ze śluzowiakiem

sitowo-czołowym po prawej stronie. Za punkt wyjścia śluzowiaka w tym przypadku uważać należy silnie rozdętą małżowinę środkową, która uciskając na przegrodę, spowodowała jej wykrzywienie na stronę przeciwną. Śluzowiaki stanowią cierpienie wieku młodego, występują najczęściej pomiędzy 15 a 30 rokiem życia, rosną powoli, niepostrzeżenie, bez objawów gwałtownych, niekiedy są przyczyną nieznacznych tylko bólów głowy. Rozpoznanie śluzowiaka łatwe jest w okresie wywołanych przez niego powikłań; przy rozpoznaniu śluzowiaka w grę wchodzić mogą: *pyocele, meningocele, sarcoma, fibrosarcoma, osteoma, lues* lub *cysta dermoidalis*. Ujemny wynik badania rynoskopowego, brak podwyższonej temperatury, odczyn *Wassermanna*, a nadewszystko zdjęcie rentgenowskie rozpoznanie śluzowiaka czyni zupełnie pewnem.

Neuritis retrobulbaris.

Powstawanie *neuritis retrobulbaris* w przebiegu zapalenia jam bocznych nosa jest dowiedzione. Już w r. 1817 *Beer*, w kilkadziesiąt lat potem *Mackenzie* zwrócili uwagę na związek pomiędzy zapaleniem nerwu wzrokowego a zapaleniem w komórkach sitowych tylnych i zatoki klinowej. Badania anatomiczne, przeprowadzone przez *Bergera, Zuckerkandla* a przedewszystkiem przez *Onodi'ego* zależność tę w zupełności potwierdziły. Szerzej nad rozwojem myśli lekarskiej w tej sprawie rozwodzić się nie będę, wspomnę, że nietylko zapalenie komórek sitowych tylnych i zatoka klinowa biorą udział w powstawaniu *neuritis retrobulbaris*, lecz także, według *White'a*, zapalenie zlokalizowane w komórkach sitowych przednich bardzo często jest przyczyną powstawania tego powikłania. Według niego bowiem żyły i naczynia chłonne komórek sitowych przednich mają bezpośredni związek z *canalis opticus*. Często zdarza się, że przy badaniu okulistycznem rozpoznaje się *neuritis retrobulbaris* i, wykluczywszy inne przyczyny jego powstawania, odnosi się je do zmian w zatokach nosa—tymczasem następowo przeprowadzone badanie rynologiczne żadnych zmian ze strony nosa i jam bocznych nie wykrywa — dalej przypuszczając ukryte lub nieznaczne zmiany, otwiera się rzekomo schorzałą zatokę i nic w niej patologicznego się nie znajduje. Ten brak zmian w jamach bocznych nosa przy zapaleniu pozagałkowem nerwu wzrokowego tłumaczą *Stenger, Beck i Neumann* zaburzeniem w krążeniu krwi w zatoce i temsamem w otoczce nerwu wzrokowego na skutek zmian w nosie w postaci nieżytów i t. d. *Liebauld* przypisuje to wyłącznie zastojowi krwi w nosie. Większość atoli autorów

m. in. *Brückner, Eicken, Marx* zaprzeczają mniemaniu jakoby *neuritis retrobulbaris* w tych przypadkach zależna była od zmian w krążeniu w zatokach nosa, za przyczynę tego uważają rozsiane stwardnienie mózgu. Do zdania ich przyłącza się *Herzog i Linck*. Poprawę wzroku po zabiegu otwarcia zatoki tłumaczą zbiegiem okoliczności z przemijającą poprawą, jaka się zdarza w początkowem stadjum *sclerosis multiplex*.

Przypadek I. Chora W. K. lat 28 z zawodu nauczycielka 12.I 34 przybywa do kliniki z kliniki ocznej U. P. z rozpoznaniem *neuritis retrobulbaris oc. sin.* Dokonano otwarcia komórek sitowych i zatoki klinowej lewej, zmian jednak w tych zatokach nie stwierdzono. Wzrok pacjentki po operacji znacznie się poprawił — obserwacji dokładnych podać nie mogę z powodu wyjazdu pacjentki: przypuszczać należy, że w tym przypadku przyczyną bezpośrednią zapalenia nerwu wzrokowego nie były zatoki nosa; zaznaczyć należy że poprawa wzroku u tej pacjentki nastąpiła już po zanemizowaniu błony śluzowej nosa kokainą.

Dwa następne przypadki tego schorzenia przebiegały ze znacznemi zmianami w zatokach. W jednym przypadku w komórkach sitowych tylnych, w drugim w zatoce klinowej.

Przypadek II. Pacjentka D. M. lat 27, mężatka, przybywa do kliniki ocznej 8.IV 1931 r. ze skargami na od dwóch tygodni trwający ból prawego oka, a od tygodnia znaczne pogorszenie wzroku. Ze strony oczu stwierdza się: oko prawe — układ ochronny bez zmian; dno oka — tarcza nerwu wzrokowego matowa bez połysku, lekki obrzęk tarczy od góry i dołu, boki tarczy wyraźniejsze, żyły rozdęte; visus $^5/_{20}$. Oko lewe bez zmian; visus $^5/_5$. Rozpoznaje się *neuritis retrobulbaris oculi dextri.* Narządy wewnętrzne bez zmian. Odczyn *Wassermana* we krwi ujemny. 13.IV 31 oko prawe: obrzęk tarczy nieco silniejszy, bok tarczy po stronie nosowej mniej wyraźny niż po stronie skroniowej, stwierdza się mroczek centralny; pole widzenia wewnątrz; visus $^1/_{20}$. 16.IV 31 zdjęcie rentgenowskie wykazuje zajęcie komórek sitowych po stronie prawej, wobec czego pacjentkę przekazuje się do naszej kliniki. *Status praesens.* Rynoskopowo stwierdza się przerost błony śluzowej nosa, małżowina środkowa prawa znacznie powiększona dotyka przegrody, na jej dolnym brzegu błona śluzowa przerosła polipowato; z pod małżowiny środkowej prawej spływa wydzielina ropna. Endonazalne otwarcie komórek sitowych przednich i tylnych. W komórkach sitowych stwierdza się ziarninę i wydzielinę śluzowo-ropną. Na drugi dzień po zabiegu pacjent-

ka podaje, że znacznie lepiej widzi okiem prawem. 23 IV 31 pacjentkę przekazuje się z powrotem do kliniki ocznej, gdzie badanie oftalmologiczne wykazuje: oko prawe: tarcza nerwu wzrokowego bez połysku, bledsza niż lewa—granica jej zgóry tylko lekko zatarta, naczynia żylne nie rozszerzone, visus $^{5}/_{7,5}$, mroczka centralnego brak. 4.V 31 r. visus oka prawego $^{5}/_{5}$.

Przypadek III. Pacjent B. S. lat 16, robotnik. Przed dwoma tygodniami podczas gry w karty zauważył, że gorzej widzi lewem okiem, zaczął przytem odczuwać silny ból głowy i tegoż oka. 21.XII 33 r. zostaje przekazany przez lekarza okulistę do kliniki ocznej — Stan obecny: temperatura 39, tętno 92 na minutę. Badanie oczu wykazuje — oko prawe: układ ochronny bez zmian, visus $^{5}/_{5}$; oko lewe: układ ochronny bez zmian, visus: z trudem liczy palce z odległości pół metra. Pole widzenia wykazuje mroczek centralny bezwzględny oka lewego—rozpoznano *neuritis retrobulbaris oculi sinistri,* Badanie neurologiczne i płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało podrażnienie opon mózgowo - rdzeniowych. Odczyn *Wassermana* we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Odczyn *Widala* ujemny. Zdjęcie rentgenowskie jam bocznych nosa wykazało zajęcie zatoki klinowej lewej. 30.XII 33 r. zawezwany w charakterze konsultanta stwierdziłem co następuje: przerost i zaczerwienienie błony śluzowej nosa, wydzielina w nosie śluzowa w kształcie nitek; w rynoskopji zwykłej po stronie lewej w okolicy ujścia zatoki klinowej wydzielina śluzoworopna. Tego samego dnia rezekowałem muszlę środkową i otworzyłem zatokę klinową lewą, w zatoce tej znalazłem wydzielinę śluzowo-ropną. 2.I 34 r. czyli na trzeci dzień po zabiegu temperatura spadła do 37,5, objawy meningealne ustąpiły; ze strony oka stwierdza się: mroczek centralny znacznie mniejszy, visus $^{5}/_{50}$, jak widać bystrość wzroku w znacznym stopniu uległa poprawie. 5.I 34 r. temperatura normalna, mroczek centraly dalej się zmniejsza (wg. *Haitz'a*) visus $^{5}/_{7,5}$. 6.I 34 r. mroczka centralnego wg. *Haitz'a* brak, visus $^{5}/_{5}$. 8.I 34 r. pacjent zostaje zwolniony z kliniki w stanie wyleczenia.

Jak wynika z powyższego zapalenie nerwu pozagałkowe w jednym przypadku wystąpiło naskutek sprawy zapalnej ostrej, w drugim przewlekłej. Oba przypadki miały zejście pomyślne dzięki tylko interwencji rynologicznej

Z Kliniki Otolaryngol. U. P. Kierownik Prof. *A. Laskiewicz.*

Do kazuistyki metalicznych ciał obcych w oskrzelach.

podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Spośród ciał obcych twardych, spotykanych w świetle dolnych dróg oddechowych odmienną grupę stanowią przedmioty metalowe, które już po krótkotrwałem zaleganiu mogą wywołać zmiany przewlekłe zapalne oraz głębokie odleżyny w ścianie oskrzeli. Prócz tego wchodzą tu w grę jeszcze związki chemiczne, tworzące się na powierzchni niektórych ciał metalicznych ze śluzem, które działają drażniąco na błonę śluzową tchawicy i oskrzeli. Związki te powstają w pierwszym rzędzie przy obecności ciał, zawierających w swym składzie większą ilość miedzi, cyny, cynku, ołowiu i t. p. Są to przeważnie wodorotlenki lub siarczki wspomnianych metali w wypadkach owrzodzeń błony śluzowej tchawicy o wyglądzie czarnego osadu na powierzchni, który występuje tem intensywniej, im dane ciało dłużej zalega w świetle oskrzela. Połączenia te mogą powodować częściową resorbcję ciała metalicznego w oskrzelu, jak na to zwrócił uwagę *A. Peroni* (*Bronchoscopie* N 4) w przypadku zalegającego od 5 miesięcy w oskrzelu kawałka blaszki cynowej dług. około 40 mm, szerokości 2,5 i grubości 0,22 mm., która została częściowo przez wytworzony wodorotlenek cyny strawiona. Jest to szczegół, który powinien zwrócić baczniejszą uwagę także i na skład chemiczny ciał metalicznych, zalegających w oskrzelach, co niejednokrotnie przyczyniłoby się do wyjaśnienia wpływu szkodliwego połączeń chemicznych tych ciał na błonę śluzową dolnych dróg oddechowych. Co się zaś tyczy wydobywania ciał obcych metalicznych z tchawicy i oskrzeli, zaznaczyć należy że wskutek niepodatności materjału dają się one z trudnością uchwycić i wydostać na zewnątrz w odróżnieniu od ciał porowatych i miękkich, i to tem trudniej, im ciało jest bardziej gładkie albo kuliste lub stożkowate. Zwłaszcza w przypadkach, w których światło danego oskrzela przewyższa nieznacznie tylko średnicę największego obwodu wchłoniętego ciała metalicznego, ujęcie go kleszczykami w największym wymiarze staje się wprost niemożliwe bez narażenia ścian oskrzela na cięższe obrażenia. To też zdaniem naszem potrzeba stworzyć w tych wypadkach jak najdogodniejsze warunki dla wyjęcia ciała obcego przez odpowiednie ułożenie chorego tak, aby ciało to ujęte kleszczykami płytko mogło równocześnie własnym ciężarem

przedostać się do końca rury *tracheoskopowej* i stąd nazewnątrz. *Sataki (Mukden)* posługuje się w podobnych przypadkach skomplikowanym przyrządem elektromagnetycznym, który wprowadzony przez rurę tracheoskopową ułatwia znacznie usunięcie ciał metalicznych kulistych a zwłaszcza igieł z tchawicy i oskrzeli małych. O wiele większe trudności w wydobyciu ciała obcego nazewnątrz przedstawia obrzęk błony śluzowej oskrzela ponad ciałem obcem lub ziarnina, zakrywająca nieraz całkowicie jego kontury. Musimy się wówczas uciekać do anemizacji przy pomocy kokainy z adrenaliną błony śluzowej oskrzela, ewentualnie do usunięcia sztancą ziarniny, pod którą dopiero ukazuje się uwięznięte ciało.

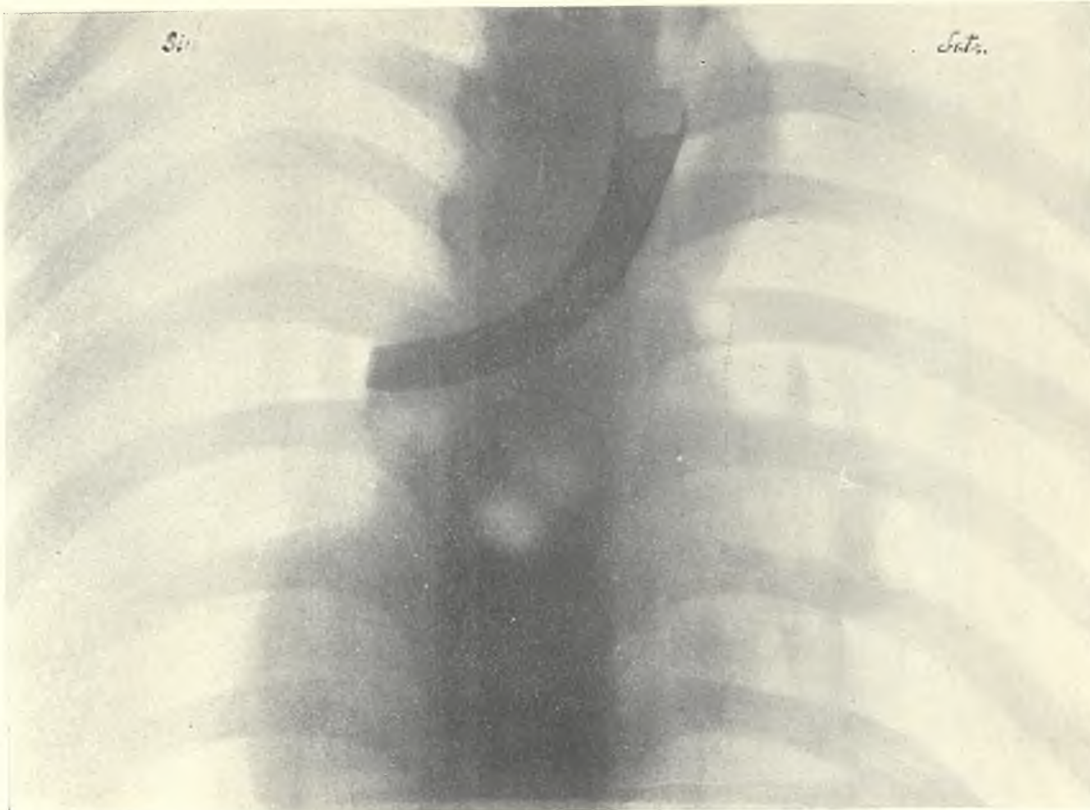
Z czterech przypadków ciał obcych metalicznych w oskrzelach u dzieci, usuniętych w ciągu ostatnich lat chodziło w pierwszym o chłopca l. 13 G. R., przysłanego w r. 1926tym ze szpitala w Inowrocławiu, u którego przed $1^{1}/_{2}$ rokiem wykonano tracheotomję dolną z powodu gruźlicy krtani. Chory przebywał przez cały czas w domu i zmieniał sobie sam kaniulę. Podczas jednej z ostatnich manipulacyj rurka zewnętrzna kaniuli oderwała się od szyldzika w chwili zawiązywania tasiemek dookoła szyi i wpadła do tchawicy. Wystąpiła natychmiast duszność, silny kaszel połączony z krwiopluciem oraz bolesnością za mostkiem. W stanie ciężkim przywieziono chorego do kliniki. Oglądaniem można było stwierdzić ogólny niepokój, sinicę na twarzy, oddech stenotyczny nasilony o podźwięku metalicznym,—tętno 100 dobrze napięte. Wyraźne wciąganie dołków nad i podobojczykowych oraz wszystkich przestworów międzyżebrowych po stronie lewej, tamże szmery oddechowe osłabione, pokryte rzężeniami, przy głębokim wdechu czasem świst metaliczny. Wypuk i drżenie po lewej niezmienione. Przez otwór tracheotomijny chory wykrztusza wielką ilość wydzieliny śluzoworopnej. Zdjęcie rentgena wykazało rurkę tchawiczą ułożoną w dolnej części tchawicy oraz częściowo w głównym pniu oskrzela lewego. (Rys. 1). W znieczuleniu miejscowem założyłem przez przetokę tchawiczą rurę tracheoskopową *Brüningsa* nr. 3 a następnie sztancą ząbkowatą uchwyciłem górny brzeg tej rurki, poczem już bez trudności usunąłem ją z oskrzela. Na przedniej ścianie tchawicy, w miejscu odpowiadającem górnemu poszczerbionemu brzegowi tej kaniuli, można było zauważyć małe płaskie owrzodzenie odleżynowe. Wydobyte ciało obce długości 5,4 cm. odpowiadało rurce zewnętrznej kaniuli tchawiczej nr. 2 (skali wied.). średnica bowiem dolnego otworu wynosiła 5 mm. Po założeniu odpowiedniej kaniuli srebrnej chorego skierowano na oddział wewnę-

trzny szpitala św. Józefa w celu leczenia płuc i krtani. Wydobyta rurka tchawicza wykazywała w dolnej swej połowie grubą warstwę czarnego osadu, pochodzącego przeważnie od wodorotlenków miedzi. Rozbiór bowiem chemiczny wycinka tej rurki (zakład chemji fizycznej U. P.) wykazał jako główny składnik miedź oraz niewieką ilość niklu. Co więcej, krawędź otworu dolnego była na przestrzeni około 2 mm. częściowo strawiona przez wspomniane połączenie (p. rys. 2-gi) Ułożenie tej rurki w lewem oskrzelu tłumaczyć należy w tym przypadku przesunięciem śródpiersia na stronę lewą przez zrosty opłucnowe co zresztą dało się potwierdzić na zdjęciu rentgenowskiem. Ze względu na wielkość ciała obcego i jego stosunek do światła tchawicy należy zaliczyć przypadek drugi do rzadszych.

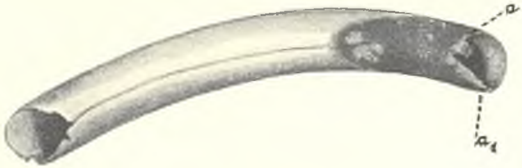
Chodziło mianowicie o dziecko dwuletnie T. S., które wchłonęło rurkę blaszaną od igieł (długości 5 cm., szer. 5 mm.), trzymaną przypadkowo w ustach. Bezpośrednio po wypadku wystąpił według opowiadania rodziców silny kurczowy kaszel, przyczem dziecko siniało, tracąc chwilami przytomność i oddech. Te początkowe gwałtowne objawy minęły, ustępując miejsca zwolna rozwijającemu się zwężeniu tchawicy. Dopiero drugiego dnia po wypadku przywieziono je do naszej kliniki. Stan w chwili przyjęcia przedstawiał się następująco: Dziecko na swój wiek dobrze rozwinięte i odżywione. Bladość twarzy oraz widocznych błon śluzowych z odcieniem sinawym. Oddechy częste znacznie nasilone. Przy wdechu wyraźne zapadanie się dołków nad i podobojczykowych oraz dolnych przestworów międzyżebrowych po obu stronach. Na klatce piersiowej z przodu wdech zwężeniowy z odcieniem metalicznym, wydech, pokryty licznemi wilgotnemi rzężeniami. Od czasu do czasu kurczowy silny kaszel. Tem. 37,2^0 C, tętno 100 n/m dobre. Prześwietlenie promieniami rentgena wykazało obecność ciała obcego metalicznego długości około 5 cm., ułożonego wzdłuż długiej osi tchawicy. Na załączonem zdjęciu rentg. (p. fig. 3) widać iż ciało to zajmuje całą długość tchawicy od okolicy podgłośniowej aż do początku głównego pnia oskrzela prawego i jest ułożone tępym końcem w dół, ostrym zaś ku górze. W uśpieniu eterowem założono rurę nr. 2 bronchoskopową *Bruningsa* przez krtań do tchawicy poczem przy pomocy sztancy ząbkowatej uchwycono krawędź tej rurki i usunięto z łatwością na zewnątrz. W 4-ry godziny po zabiegu wystąpiła tak silna duszność iż musiano niezwłocznie wykonać tracheotomię dolną. Po 3-ch dniach rurkę tchawiczą usunięto bez żadnych trudności a po dalszych 2-ch dniach chory opuścił klinikę.

W 3-cim przypadku chłopczyka, lat 11 F. F., miało miejsce uwięźnięcie kawałka gałki mosiężnej, oderwanej od etykiety zamka przy szufladzie w oskrzelu prawem podczas głębokiego wdechu. Z danych, zebranych od rodziców, wynika, że wypadek ten miał miejsce przed tygodniem i po pierwszych gwałtownych objawach ogólnych chory zaczął odpluwać większą ilość wydzieliny śluzoworopnej. Równocześnie wystąpiła gorączka oraz bóle w całej prawej połowie klatki piersiowej z czem skierowano go do naszej kliniki celem usunięcia ciała obcego w prawem oskrzelu, które ujawniono na zdjęciu rentg. wyraźnie. Badanie przedmiotowe wykazało: Budowa wątła, odżywienie podupadłe, bladość skóry oraz widocznych błon śluzowych. C. 38,7^{0}, tętno 100 słabo napięte; oddech przerywany napadami kaszlu w których chory wykształtusza wielką ilość wydzieliny śluzowo-ropnej. Podczas głębokiego wdechu daje się zauważyć wciąganie dołków nadobojczykowych oraz przestrzeni międzyżebrowych w dole po stronie prawej. Osłuchiwaniem stwierdza się wdech i wydech oskrzelowy, pokryty licznemi drobnobańkowemi wilgotnemi rzężeniami. Zdjęcie rentgena wykazało obecność ciała obcego kształtu kulistego, zwróconego częścią zaokrągloną w dół w kierunku rozszerzonego światła oskrzela prawego (patrz fig. 4). W uśpieniu eterowem wprowadziłem do tchawicy rurę bronchoskopową nr. 3 *Brüningsa*, kierując ją następnie do światła oskrzela prawego (przy przechyleniu całego tułowia w lewo). Po wyaspirowaniu pompą *Koertinga* wydzieliny śluzowo-ropnej, która zalewała obficie całe pole operacyjne, starałem się przy pomocy tępego haczyka ciało to przybliżyć do otworu rury tracheoskopowej, poczem dopiero uchwyciłem je za wystającą krawędź przy podstawie i wyciągnąłem na zewnątrz. Wymiary tego ciała wynosiły: 16 mmx 8 mm. szer. (przy podstawie). Jego ciężar wynosił: 3,7 gr. Ściana oskrzela w miejscu zalegania ciała obcego przedstawiała niewielką odleżynę. Stan płuc polepszał się z każdym dniem, tak że chory w krótkim czasie opuścił klinikę w stanie nadającym się do leczenia domowego.

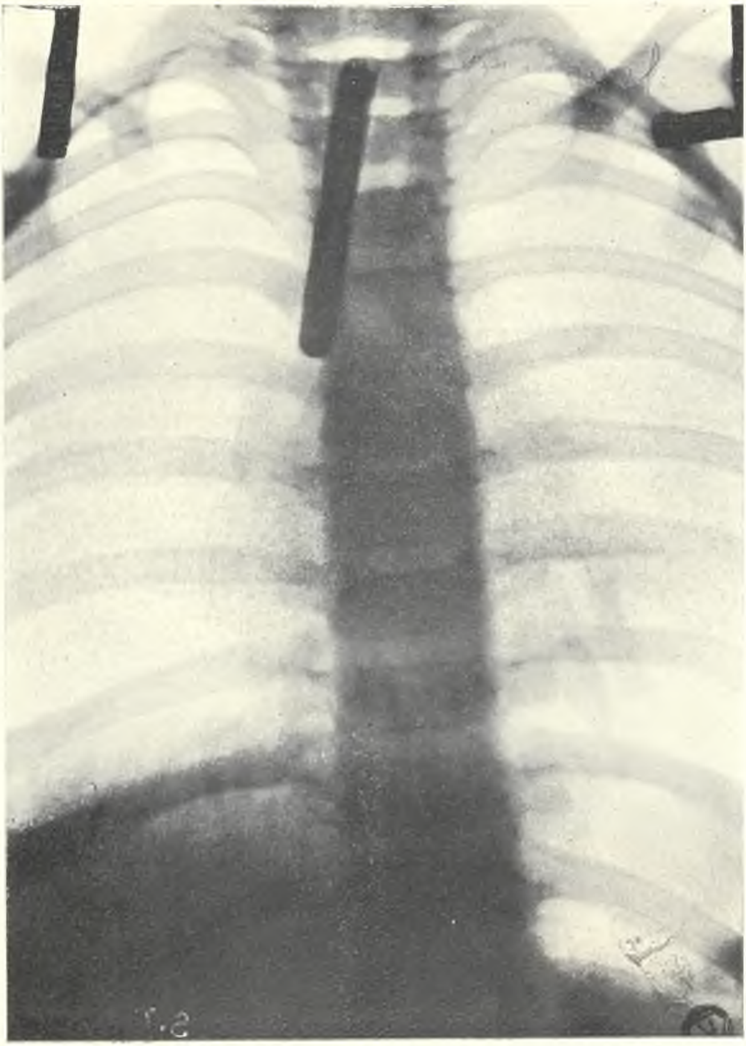
Czwarty wreszcie przypadek został skierowany do naszej kliniki ze szpitala w Kaliszu z ciałem obcem w lewem oskrzelu. Był to mianowicie chłopczyk trzyletni J. S., który przed mniejwięcej 26-ciu godzinami, wedle zapodań rodziców, zachłystnął się wśród silnego kaszlu i utraty przytomności. Na zdjęciu roentgenowskiem stwierdzono obecność łuski od naboju teschinga w lewem oskrzelu (p. zdjęcie rentg. 5). W chwili badania: C. 36,7^{0}, tętno 100 n/m dobre. Jak na swój wiek dobrze zbudowany i odżywiony. Oddech nasilony, wdech



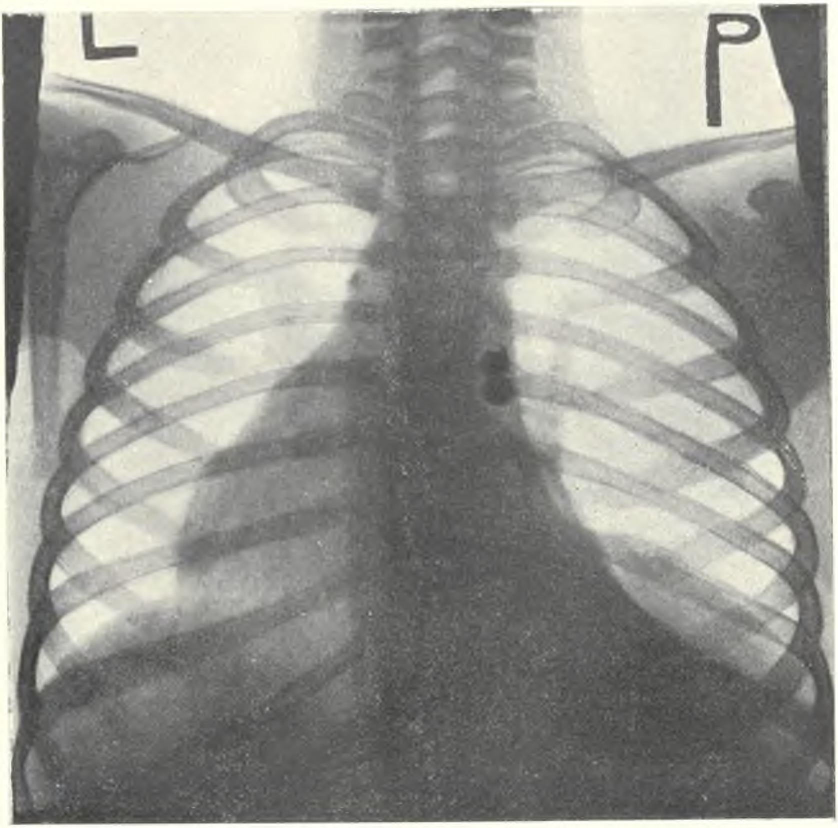
Rys. 1. Dziecko l. 13. G. R. rurka tchawicza uwięźnięta w tchawicy oraz początku oskrzela lewego.



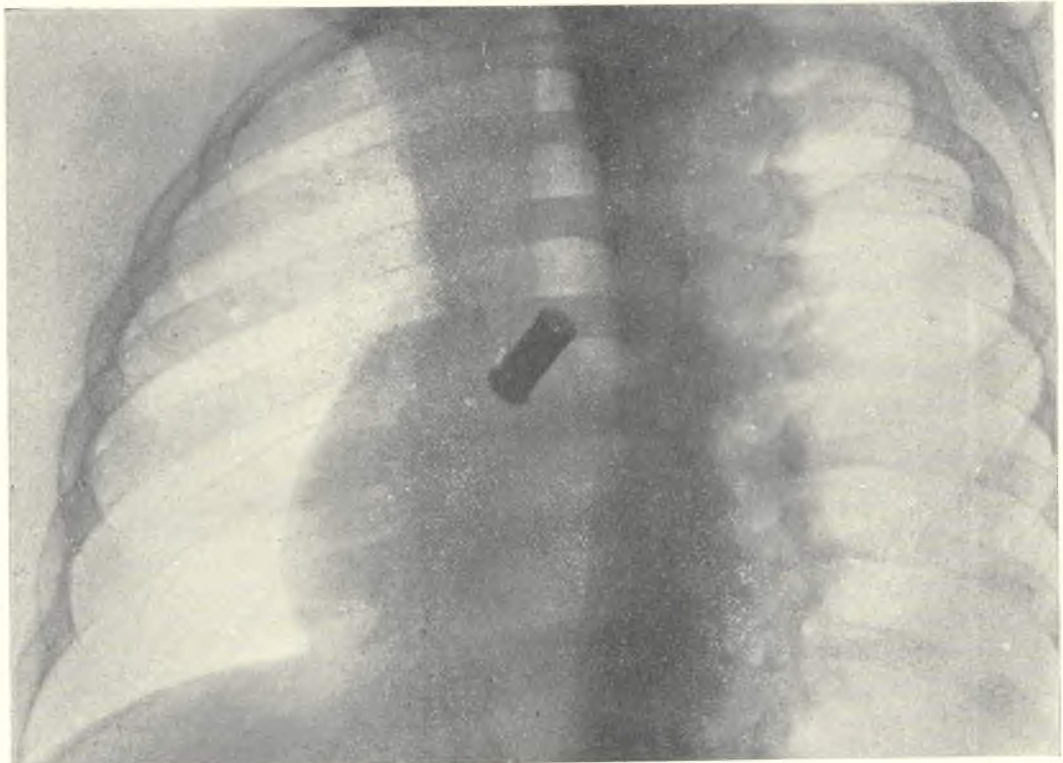
Rys. 2. Rurka tchawicza 54 mm dług.
T. s. przyp. wid. a, a_1 miejsca ubytku z powodu trawienia metalu.



Rys. 3. Dziecko lat 2. T. S. Tubka blaszana 50 mm $\times$ 5 mm w tchawicy.

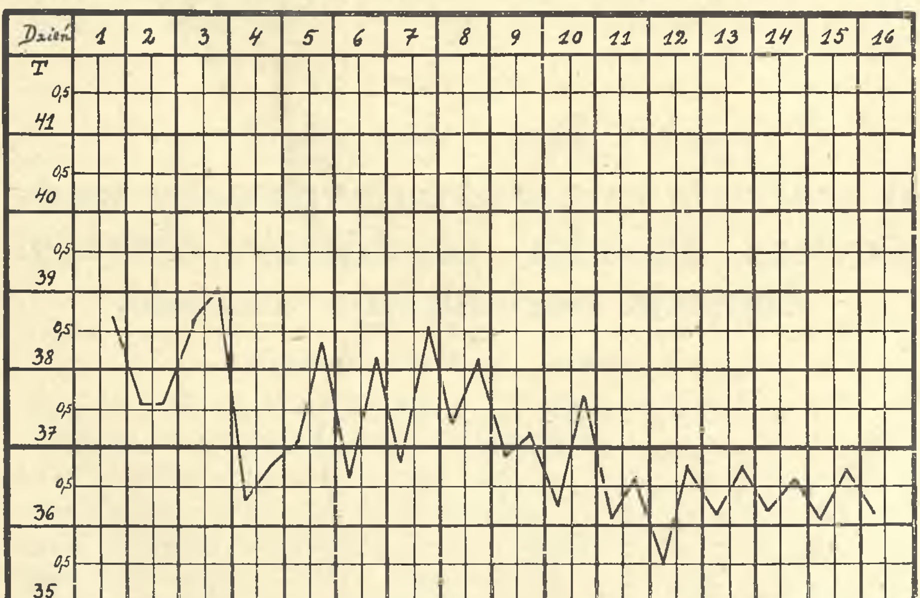


Rys. 4. Dziecko lat 11. F. F. Gałka mosiężna od etykiety zamka przy szufladzie w pr. oskrzelu.



Rys. 5. Dziecko lat 3. J. S. Łuska z naboju (Feschinga) w lewem oskrzelu.

osłabiony, wydech przedłużony, pokryty rzężeniami. Zaciąganie przestworów międzyżebrowych po stronie lewej. W uśpieniu eterowem wprowadzono przez krtań rurę tracheoskopową *Brüningsa* nr. 3 w ułożeniu na wznak i ku dołowi z przechyleniem całego ciała na stronę prawą W obrazie tracheoskopowym daje się zauważyć znaczny obrzęk błony śluzowej tchawicy i oskrzela lewego, wywołany niewątpliwie działaniem drażniącem wodorotlenków miedzi, oraz obfita wydzielina śluzowa, którą usunięto pompą *Koertinga.* Po przechyleniu chorego na sronę prawą skierowano rurę tracheoskopową do pnia oskrzela lewego, w którym właśnie tkwiła wspomniana łuska, zwrócona ostrą krawędzią ku górze. W chwili podejścia końcem rury endoskopowej pod to ciało nastąpił niespodziewanie silny wydech (naskutek obudzenia się), który wyrzucił je z siłą do światła i na zewnątrz. Powierzchnia miedziana tej łuski była pokryta szarym nalotem (od CuOH) prawie na całej powierzchni. Jej wymiary wynosiły: długość 16 mm. $\times$ 4 mm. szer. Na drugi dzień po zabiegu wystąpiła gorączka 39^0 C., tętno 120 nierówne, W lewym płacie dolnym ognisko bronchopneumoniczne — nieżyt oskrzeli z obfitą wydzieliną śluzoworopną. Stan ten utrzymywał się, jak widać na załączonej krzywej (tab. 6) przez 7 dni i dopiero po zastrzyknięciach



Tab. 6. J. S. l. 3. corp. alien. bronch sin.

omnadyny gorączka spadła do 36,7° C a po dalszych 6-ciu dniach nieżyt oskrzelowy zmniejszył się tak znacznie, że chory mógł już opuścić klinikę.

W zestawieniu powyższych danych raz jeszcze podkreślić należy że ciała metaliczne ostre lub cięższe jak kule karabinowe, rewolwerowe, a zwłaszcza igły, spinaczki, agrafki, wchłonięte do tchawicy i oskrzeli, wywołują zazwyczaj już dość wcześnie odleżynę, często z przebiciem ich ściany i następowem zakażeniem śródpiersia, względnie uszkodzeniem ściany dużych naczyń. Natomiast ciała metaliczne gładkie, niewielkich rozmiarów i wagi mogą przez czas dłuższy zalegać w świetle oskrzeli, dając tylko niewielki odczyn miejscowy ze strony śluzówki i odpowiedniej części miąższu płucnego (rostrzeń oskrzeli, zmiany stwardnieniowe dookoła ich ściany). Zmiany te mogą wszakże ulegać nasileniu w wypadkach tworzenia się związków chemicznych ze śluzem w postaci wodorotlenków lub siarczków na powierzchni ciał, zawierających w swym składzie znaczny procent miedzi, cynku, ołowiu i t. p. i to w tem większym stopniu, im dane ciało dłużej zalega w oskrzelu. Rzadziej bezporównania przychodzi do częściowej resorbcji takiego ciała obcego zalegającego nieraz całe lata w dolnych drogach oddechowych, względnie części rurki tchawiczej o cienkich ścianach, rzadko zmienianej i oczyszczanej, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Z Kliniki O. L. Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie

O wpływie spraw zapalnych ucha środkowego na stan psychiczny chorego. Amencja pochodzenia usznego.

Podał Prof. Dr. JAN SZMURŁO.

Temat ten, w literaturze naszej dotychczas wcale nie poruszany, znalazł dość szerokie uwzględnienie w literaturze francuskiej i angielskiej, a zwłaszcza niemieckiej. Już *Itard*, twórca otologji francuskiej, a za nim *Hillairet* wspominają o upośledzeniu pamięci u chorych ze sprawami zapalnemi w uchu środkowem. W prasie angielskiej znana jest praca *Sprague'a*, w niemieckiej zaś *Eitelberga* i *Rauschburga*. Temat ten podjął na nowo i szczegółowo opracował zarówno pod względem klinicznym jak i doświadczalnym w 1918 roku V. *Urbantschitsch*,

profesor Uniwersytetu Wiedeńskiego, na materjale klinicznym, obejmującym przeszło 200 chorych. Podał on szereg bardzo ciekawych i przekonywających obserwacyj, przyczem doświadczenia z azotanem amilu, z uciskiem na tętnicę szyjną wewnętrzną oraz z zakładaniem wacików do ucha zewnętrznego i środkowego wykazały, że chodzi tu w wielu przypadkach niewątpliwie, a w szeregu innych z wielkiem prawdopodobieństwem, o zjawiska naczynioruchowe. W innej swej pracy p. t. „Otogene Reflexneurosen" w Neurologie des Ohres T. III. *Urbantschitsch*, podaje opis przypadku, dotyczącego kobiety, która przed 12 laty została poddana operacji doszczętnej ucha środkowego lewego i u której od czasu do czasu zjawiał się z ucha operowanego wyciek ropny. Podczas takiego wycieku od 3-ch lat chora wpadała w stan nadmiernego podniecenia, trwającego około 10 minut, albo w stan zamroczenia, ciągnącego się od kilku godzin do kilku dni. W innym przypadku skromny młodzieniec, cierpiący na przewlekły ropotok, w razie obostrzenia spostrzegał w uchu chorem na kilka dni przedtem zatrzymanie wydzieliny, przyczem wpadał wówczas w stan podniecenia, które niekiedy dochodziło do prawdziwych napadów szału. Po zwiększeniu się wydzieliny napad przechodził, a chory stawał się podawnemu cichym, spokojnym człowiekiem.

Köppe stwierdził na 100 chorych umysłowych, z których 77 miewało halucynacje, u 31 cierpienie uszu. Według *Redlicha i Kaufmanna,* u paranoików w 44%, a u chorych na ostre cierpienia umysłowe nawet w 63% można stwierdzić cierpienie uszu. Według *E. Urbantschitscha* w przypadkach zmian zapalnych w uchu środkowem chodzi prawdopodobnie o przekrwienie i wysięk ograniczony w oponach, a nawet w odpowiednich miejscach substancji korowej. Jeżeli zwrócimy uwagę, że tętnica szyjna wewnętrzna, odżywiająca całą przednią i środkową część mózgu, daje drobne gałązki do ucha środkowego, a tętnica podstawna, unaczyniająca móżdżek i tylną część mózgu, do ucha wewnętrznego, łatwo zrozumiemy wzajemny stosunek cierpień ucha środkowego i napadów choroby umysłowej.

W praktyce klinicznej miałem możność spostrzegać szereg przypadków, wykazujących i potwierdzających związek cierpień ucha środkowego z zaburzeniami psychicznemi. U szeregu chorych występowały pod wpływem ropnego zapalenia przewlekłego ucha środkowego objawy przygnębienia, smutku, ociężałości duchowej. W jednym przypadku chora 49-letnia, która od 3-ch lat cierpiała na przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, od czasu wystąpienia ropotoku poczęła odczuwać wybitną senność, utrudniającą jej pracę i życie.

W innym przypadku przewlekłego ropotoku usznego po stronie lewej chory oprócz znacznego upośledzenia słuchu i bólów głowy począł odczuwać wybitne osłabienie pamięci, wielce utrudniające mu pracę zawodową. Choremu została dokonana przeze mnie w klinice operacja doszczętna ucha środkowego. Przebieg pooperacyjny był zupełnie dobry. W rok po operacji zgłosił się on do mnie z podziękowaniem i wyrazami wdzięczności, ponieważ jego zdolność pamięciowa znacznie się wzmogła; pamięć powróciła według słów chorego, prawie do stanu normalnego. W tym przypadku efekt operacji, która usunęła ropienie, był bardzo pomyślny w przeciwieństwie do spostrzeżeń. *V. Urbantschitscha,* który w pięciu przypadkach po zabiegach operacyjnych w następstwie ostrych i przewlekłych spraw zapalnych w uchu środkowem i w wyrostku sutkowym stwierdzał osłabienie pamięci u operowanych chorych. W jednym przypadku *V, Urbantschitscha* po zabiegu doszczętnym u 20-letniego chorego wystąpiło wybitne osłabienie pamięci zwłaszcza dla nazwisk.

W jednym spostrzeganym przeze mnie przypadku, 40-letniego kolegi, który był przed pięciu laty doszczętnie operowany z powodu przewlekłego ropnego zapalenia prawego ucha środkowego i u którego rana operacyjna bardzo dobrze się zagoiła, po dotknięciu przez samego chorego w kilka lat po operacji jednego z miejsc w operowanem uchu środkowem wacikiem, nawiniętym na uszny zgłębnik, wystąpił zawrót głowy i nudności wraz z uczuciem oniemienia w końcach palców lewej ręki i nogi i mrowieniem, poczem zjawiła się w tem samem miejscu anestezja, która trwała przeszło półroku. Objawy te szczasem ustąpiły, pozostało zaś tylko uczucie pociągania w tych samych wierzchołkach palców obu lewych kończyn.

Jeszcze ciekawszy i w swoim rodzaju jedyny przypadek spostrzegany przeze mnie, a przypominający spostrzeżenia *V. Urbantschitscha,* przedstawia się w sposób następujący.

Dnia 10 Grudnia 1933 została przesłana z kliniki Psychjatrycznej chora Pł—a Klaudja lat 24 bardzo podniecona, jakkolwiek w stanie świadomości. Chora skarży się na uczucie ciężkości i ból w okolicy lewego niegdyś operowanego ucha. Z danych, dostarczonych przez klinikę psychjatryczną, za które Dyrektorowi Kliniki P. Prof. M. Rosemu składam serdeczne podziękowanie, dowiedzieliśmy się co następuje.

Chora dziedzicznie nie obarczona, ojciec pije dużo, ale jest zdrów, ma lat 65, matka, też zdrowa, ma lat 47. Rodzeństwo chorej zdrowe. W dziedzińStwie rozwijała się zdrowo, na nic nie chorowała. Od naj-

młodszych lat pracowała jako służąca. W Październiku 1932 roku zachorowała na lewe ucho, były silne bóle i ropotok. W szpitalu św. Jakóba, gdzie była leczona, dokonano operacji. Rana po zabiegu wygoiła się zupełnie, poczem chora wyjechała na wieś, ale czuła się tam źle, miewała stale bóle głowy, a potem również i bóle w uchu. Bóle stale się wzmagały, chora przestała pracować. W końcu Listopada r. b. z rany pooperacyjnej w uchu zaczęła wyciekać ropa, bóle głowy nieco się zmniejszyły, lecz okresami znacznie się nasilały. Chora w międzyczasie dostała się do więzienia, gdzie spowodu obostrzenia sprawy w chorem uchu została poddana operacji doszczętnej. Rana w niedługim czasie zagoiła się, chociaż dolegliwości w uchu i wydzielina zjawiały się od czasu do czasu. Po wypuszczeniu z więzienia w kilka dni po ostatniem zjawieniu się bólów pacjentka nagle rano upadła na podłogę, zaczęła płakać, śmiać się, krzyczeć, mówić bez związku, wymyślać ordynarnie otoczeniu, wrogo usposobiona do matki, usiłowała ją bić, krzyczała, że musi iść, że ją wołają, — kto? nie mówiła, nocami zupełnie nie sypiała, apetyt był dobry. W czasie przyjęcia do kliniki psychjatrycznej i w czasie pierwszych dwuch dni pobytu chora zachowywała się bardzo niespokojnie, krzyczała, usiłowała bić otoczenie, w kąpieli coś łapała w wodzie, mówiła, że są pająki, jęczała, chwytała się za głowę i za uszy. Zapytywana o imię i nazwisko, o lata, — odpowiada stale „zabyłaś... nie pamiętam“, nie wie też, gdzie się znajduje i jak dawno przebywa w szpitalu, śmieje się i płacze naprzemian. Skarży się na ból głowy i ucha. Fizycznie zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Ruchy czynne wszędzie zachowane, bierne—normalne. Odruchy żywe i po obu stronach jednakowe. Odruchów patologicznych brak Rogówka lewa pokryta bielmem, prawa normalna prawidłowo reaguje na światło. Czucie zachowane na całem ciele. Przy opukiwaniu czaszki występuje znaczna bolesność w obrębie lewej kości skroniowej, z przetoki i z lewego przewodu zewnętrznego wydziela się ropa. Za lewem uchem przetoka, otoczona rozrastającą się ziarniną. Po dwuch dniach chora uspokoiła się, daje prawidłowe odpowiedzi i orjentuje się w czasie, miejscu, i otoczeniu, dokładnie i obszernie opowiada o swojem życiu, zupełnie natomiast nie pamięta, jak zachorowała psychicznie, co się z nią działo, co robiła, jak dostała się do kliniki. Zakres jej wiadomości odpowiada stopniowi wykształcenia. Wobec zmian chorobowych w uchu chora została przeniesiona do kliniki otolaryngologicznej z rozpoznaniem a m e n c j i. Tutaj stwierdzono za uchem niewielką przetokę, przez którą wydzielała się ropa; w przewodzie zewnętrznym, gdzie

widoczne były ślady po dokonanej operacji doszczętnej, stwierdzono również niewielką ilość ropy, wydzielającej się z głębi jamy pooperacyjnej, w znacznej mierze wypełnionej ziarniną i pokrytej na dużej przestrzeni naskórkiem.

Chorej w znieczuleniu ogólnem dokonano operacji usunięcia nadmiernie rozrosłej ziarniny. W tym celu uszna małżowina została oddzielona i stworzony szeroki dostęp do wnętrza ucha, przez który ostrą łyżeczką została wyskrobana cała rana, usunięta całkowicie ziarnina, a jamie pooperacyjnej przywrócona została postać pierwotna. Ranę za uchem zaszyto, a do jamy zostały wprowadzone sączki gazy jodoformowej. Po operacji chora czuła się dobrze, zaburzeń psychicznych nie ujawniała. Po dziesięciu dniach została wypisana w stanie normalnym, żadnych zaburzeń nerwowych nie zdradzała, rana uszna bujnie granulowała, rana zauszna zagoiła się przez rychłozrost. Chorej zalecono zjawianie się na opatrunki do przychodni klinicznej.

Po niejakim czasie chora przestała przychodzić na opatrunki. Jak się dowiedziałem, chora w drugiej połowie Stycznia była znowu w ciągu jednego dnia nieprzytomna, nie poznawała otoczenia, kręciła się w kółko, śpiewała, rozbierała się donaga i właziła pod łóżko. Stan taki trwał do 7-u godzin, poczem chora straciła zupełnie pamięć swego postępowania i skarżyła się tylko na ból i pieczenie w głowie, w okolicy skroniowo-ciemieniowej. Pozatem czuła się zupełnie dobrze, wskutek czego została wypisana ze szpitala i oddana pod opiekę Sś. Magdalenek.

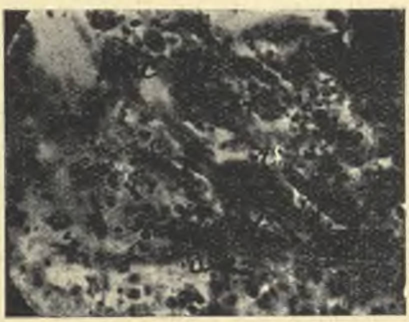
Poraz trzeci napad amencji powtórzył się w końcu lutego 1933 r. Chora straciła przytomność, krzyczała, kręciła się po pokoju, uciekała i chowała się po kątach. Przyprowadzona do kliniki psychjatrycznej nie poznawała otoczenia. Po kilku godzinach uspokoiła się, odzyskała przytomność, poznała otoczenie, ale nie wie, co jej się stało i skąd się znowu znalazła w klinice. Wkrótce zupełnie powróciła do stanu normalnego. Ponieważ jednak znowu wystąpiła wydzielina z ucha, chora została ponownie do kliniki otolaryngologicznej odesłana dnia 23.II.

Badanie chorego ucha wykazało, że cała jama bębenkowa i sutkowa znowu są wypełnione ziarniną. Dnia następnego chorej ponownie zostały wyskrobane granulacje w znieczuleniu ogólnem. Chora potem czuła się dobrze i po kilku dniach wypisana z kliniki do leczenia ambulatoryjnego. Od tego czasu rana poczęła się goić prawidłowo, narastanie nowej ziarniny odbywało się normalnie. Po

kilku tygodniach jama pooperacyjna przedstawiała się prawidłowo, wydzielina była bardzo skąpa, a w końcu ustała zupełnie. Od tego czasu chorej więcej nie widziałem. Do kliniki psychjatrycznej również więcej nie wracała. Należy sądzić, że stan jej zdrowia poprawił się zupełnie i że dawne napady amencji więcej się nie powtórzyły.

Badanie wyskrobanej z ucha ziarniny podczas obu operacyj wykazało charakterystyczną budowę tkanki granulacyjnej z młodych komórek o bogatem w chromatynę mocno barwiącem się jądrze. Miejscami widać *komórki olbrzymie* w pobliżu i na *kawałkach ciał obcych budowy włóknistej*, będących według wszelkiego prawdopodobieństwa szczątkami drobnych niteczek gazy, które podczas opatrunków musiały pozostać w ranie i, drażniąc ją, wywołać nadmierny rozrost ziarniny. Preparaty mikroskopowe wyskrobin ziarniny po drugiej operacji nie wykazały obecności komórek olbrzymich, ani włókienek.

Załączone zdjęcia fotograficzne odtwarzają wyraźnie zarówno komórki ziarninowe jak i olbrzymie oraz ciała obce.



Rys. 1. Powiększenie mniejsze
a komórki olbrzymie, *c* ciała obce.



Rys. 2. Powiększenie większe
a komórki olbrzymie, *c* ciała obce.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z dwuch względów: przedewszystkiem z powodu *nadzwyczaj wybitnych napadów amencji*, wyrażających się silnem podnieceniem i zupełnem zamroczeniem świadomości, wskutek czego chora, powróciwszy do przytomności zupełnie zapominała o tem, co się z nią działo i co wyprawiała podczas napadu. Powtóre, napady te znajdowały się bezwątpienia *w związku z narastającą ziarniną*, która drażniąc zakończenia nerwowe bogatych splotów nerwowych na wewnętrzej ścianie ucha środkowego, musiała wywoływać drogą naczyniową przekrwienia pew-

nych okolic kory mózgowej i ośrodków podkorowych, czego następstwem były wyżej opisane napady. Mielibyśmy więc w danym przypadku napad amencji jako psychozę odruchową w następstwie podrażnienia zakończeń nerwowych w uchu środkowem rozrastającą się ziarniną i ciałami obcemi.

Wreszcie należy podkreślić na tem miejscu wyjątkowo *rzadką przyczynę wytwarzania się nadmiernego ziarniny,* wskutek pozostawienia na powierzchni rany podczas opatrunków drobnych niteczek lub włókienek waty, które w porę nie usunięte pozostały w ranie, obrosły ziarniną i stały się powodem ciężkich nerwowych powikłań. Spostrzeżenie to wykazuje dobitnie, jak należy być dokładnym i skrupulatnym podczas opatrunków, ażeby nie pozostawiać w ranie najdrobniejszych kawałków materjału opatrunkowego, które w następstwie mogą odegrać rolę ciała obcego, źródła i praprzyczyny nadmiernego rozwoju ziarniny i komórek olbrzymich, dążących do wyeliminowania ciała obcego. Być może, że w wielu przypadkach, gdzie gojenie rany pooperacyjnej po operacji doszczętnej zaciąga się na długie miesiące, nadmierny rozrost ziarniny bywa spowodowany pozostawianiem w ranie drobnych niteczek materjału, jak to się zdarzyło w opisanym przypadku. Mam prawo sądzić, że w wielu przypadkach podejrzenie takie okazałoby się słusznem. Sam to bowiem nauczony doświadczeniem stwierdziłem w innym przypadku, gdzie rana potrepanacyjna nie goiła się przez szereg miesięcy wskutek jak się okazało pozostawionych drobnych niteczek w ranie i gdzie wyskrobanie ziarniny, w której stwierdziłem obecność komórek olbrzymich i ciała obcego w postaci drobniutkich włókienek, doprowadziło do zagojenia rany. Stąd prawdopodobnie wynika również szybsze gojenie się rany po zastosowaniu bezsączkowych opatrunków w postaci zasypywania rany kwasem bornym, jak o tem informują niektóre kliniki, niema bowiem powodu do drażnienia rany i tworzenia się ziarniny pod wpływem pozostałych w ranie drobniutkich resztek gazy.

Z kliniki Otolaryngologicznej i Pracowni kliniki Neurologicznej U. S. B.
Kierownicy: Prof. Dr. *J. Szmurło* i Prof. Dr. *S. Władyczko*.

Doc. T. WĄSOWSKI i Doc. J. HURYNOWICZÓWNA.

Zmiany pobudliwości nerwu błędnego po zastosowaniu sztucznego zakrzepu żyły szyjnej, określane metodą chronaksji.

Zakrzep zatoki esowatej i żyły szyjnej w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego jest jednem z cięższych powikłań, gdyż w wielu przypadkach kończy się zejściem śmiertelnem chorego. W przypadkach typowych, objawiających się zespołem septycznym, z nacieczeniem tylnodolnej okolicy wyrostka sutkowego lub okolicy żyły szyjnej, rozpoznanie tego powikłania nie przedstawia trudności. Jednak niezbyt rzadko spostrzegamy przypadki przebiegające atypowo, nawet bez charakterystycznych wzniesień ciepłoty, bez dreszczów, w których dopiero zabieg operacyjny ustala istnienie zakrzepu, Pozatem objawy posocznicowe nie zawsze decydują o powstaniu zakrzepu w zatoce lub żyle szyjnej—mogą bowiem zależeć od toksyn, powstałych w wyrostku sutkowym i po zwykłej trepanacji znikają. Dlatego też wczesne ustalenie zakrzepu jest bardzo ważne, gdyż od tego rozpoznania zależy charakter i rozległość zabiegu operacyjnego, jaki musimy wykonać, a przez to i rokowanie. Środkiem pomocniczym w rozpoznaniu jest do pewnego stopnia badanie formuły leukocytowej, prócz tego rentgenografja wyrostka sutkowego. Jeżeli chodzi o zakrzep żyły szyjnej, to w wielu przypadkach upewnia nas o jego istnieniu objaw Queckenstedta, polegający na braku podniesienia ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego podczas nakłucia lędźwiowego po ucisku chorej żyły szyjnej, przy wyraźnem podniesieniu ciśnienia płynu po ucisku żyły po stronie zdrowej.

Ponieważ żyła szyjna leży w bezpośredniem sąsiedztwie z nerwem błędnym, przeto wszelkie zmiany zapalne żyły, wywołujące objawy periphlebitis, muszą się odbić i na najbliższem sąsiedztwie, a więc i na nerwie błędnym i na jego pobudliwości.

Współczesna fizjologja doniedawna jeszcze w swych badaniach nad pobudliwością żywej tkanki opierała się na wszechwładnie panujących prawach Dubois-Raymond'a, gdzie czas trwania podniety jako

moment bodźca nie był brany w rachubę. Wprawdzie *Fick Brücke, Engelmann* przeprowadzili rewizję praw Dubois-Raymond'a, lecz doświadczenia ich na długi czas pozostały w cieniu. W latach 1890—1894 *Cybulski* i *Zanietowski* pierwsi stosują do badań pobudliwości żywych tkanek wyładowanie kondensatorów. „Używane dotąd bodźce elektryczne nie dają się obrachować ani wymierzyć", powiada *Cybulski*. „Bodziec tylko wtedy może być ściśle określony ze stanowiska fizjologicznego, jeśli będziemy znać pojemność zbiornika elektryczności, różnicę potencjałów, przy której ten źbiornik nabijamy, i czas, w którym się ten proces odbywa... przyrządem, który tym wymaganiom czyni zadość byłby kondensator, którego nabijanie i rozbrajanie uskuteczniano by przez nerw". Przytaczamy powyższe ustępy z pracy *Cybulskiego* z r. 1892 p. t. „O zastosowaniu kondensatora do podrażnień nerwów i mięśni", by podkreślić fakt doniosły dla nauki polskiej, że pierwszym z badaczy, który wszedł na drogę właściwego ujmowania zjawisk pobudliwości był *Cybulski*. Wynik fizjologiczny elektrycznego podrażnienia zależy zarówno od „różnicy potencjałów, jak od pojemności kondensatora", mówi *Cybulski*, a co znacznie później zostaje zdefinjowane przez *Lapicque'a* jako reobaza i chronaksja.

W r. 1892 *Hoorveg* zapomocą kondensatorów, a w r. 1901 *Weiss*, posługując się reotomem balistycznym, matematycznie wykazali błędy Dubois-Raymond'a i słuszność doświadczeń *Ficka, Engelmanna i Cybulskiego*. Opierając się na matematycznych formułach *Hoorvega* i *Weissa, Lapicque* ustala metodę praktycznego określania pobudliwości żywej tkanki zapomocą dwóch parametrów: reobazy, czyli natężenia prądu niezbędnego dla osiągnięcia progu pobudliwości (seuil galvanique classique), i chronaksji, czyli czasu trwania prądu koniecznego do otrzymania progu pobudliwości przy natężeniu równem podwójnej reobazie. Ten sposób empirycznego określania pobudliwości niezależnie od wahań teoretycznych poglądów, pozostających w dziedzinie spekulacji myślowych, ma doniosłe znaczenie ze względu na jego wartość realną i na razie rozstrzyga sprawę charakterystyki i miernika pobudliwości.

Praktycznie pomiary chronaksyjne wykonujemy w sposób następujący: określamy zapomocą prądu galwanicznego zwykły próg pobudliwości badanej tkanki, oznaczany woltomierzem, — to jest reobaza. Podwójną reobazą ładujemy kondensatory i szukamy pojemności kondensatora, przy rozbrojeniu którego znów otrzymamy

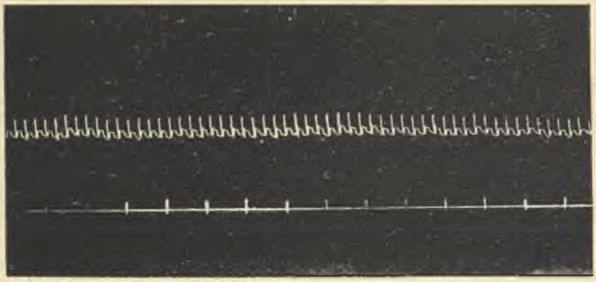
próg pobudliwości, — to jest t. zw. pojemność chronaksyjna wyrażona w mikrofaradach.

Ponieważ opór badanej tkanki przy wprowadzeniu do obwodu bardzo dużego oporu, nie ulegającego żadnym wahaniom, nie wpływa na charakter doświadczeń, czas rozbrojenia kondensatora będzie proporcjonalny do jego pojemności. Uzyskawszy pojemność kondensatora, przy której występuje próg chronaksyjny, obliczamy chronaksję, stosując wzór *Hoorvega*: $t = R \times C \times K$, gdzie R (opór) jest wielkością stałą, C — pojemność kondensatora, określona przez nas, K—współczynnik przemiany pojemności chronaksyjnej w chronaksję, równający się według *Lapicque'a* — 0,37.

Bourguignon, wprowadzając w obwód stały opór 11,000 ohmów i obliczając pojemność kondensatora w mikrofaradach a chronaksję w sigmach t. j. tysięcznych ułamkach sekundy, upraszcza obliczenia, mnożąc uzyskaną pojemność chronaksyjną kondensatora przez 43.

Nasze teoretyczne rozważania, wyrażone w przypuszczeniu, że zakrzep żyły szyjnej musi się odbić na stanie nerwu błędnego, położonego w najbliższem sąsiedztwie żyły, pragnęliśmy poddać badaniu doświadczalnemu. Do badań naszych używaliśmy królików. Właściwe jednak badania, które szczegółowo omówimy później, należało poprzedzić badaniami, ustalającemi normalną chronaksję nerwu błędnego, co było przeprowadzone przez *Hurynowiczównę* i *Czarneckiego*. Starano się określić u królika chronaksję nerwu błędnego przez skórę (gładko wystrzyżoną) w warunkach jego normalnego stanu, t. j. bez narkozy i bez obnażania nerwu.

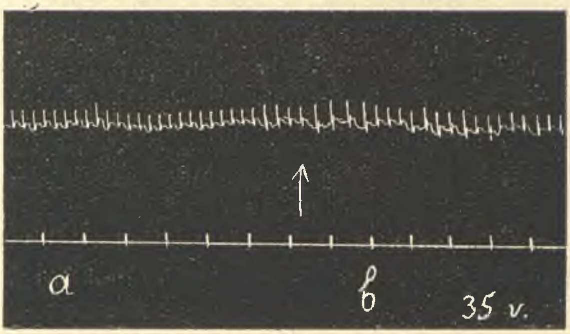
Dla badań chronaksji posługiwano się aparatem typu Bourguignona, konstrukcji Waltera, przy dowolnym czasie sumacji 10, „rytmie 14 bodźców na 1", oporze 11,000 ohmów, umieszczając obojętną



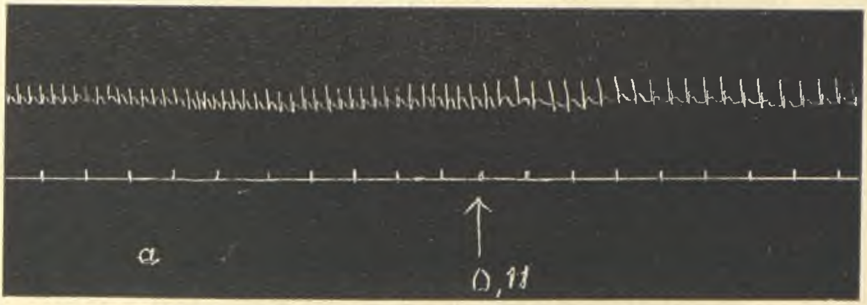
Doświadczenie z dnia 26.II. 33. Królik ♀ 2,750 gr. wagi. Wykres górny rytm serca. Wykres dolny—czas odmierzany w sekundach. W dwóch odcinkach czasu 8—9 koniuszkowych uderzeń serca.

elektrodę na wystrzyżonej skórze brzucha królika, a czynną niepolaryzującą elektrodę d'Arsonval-Lapicque'a na szyi z prawej strony w okolicy tętnicy szyjnej. Dla zapisywania na taśmie kimografjonu rytmu skurczu serca posługiwano się czułym bębenkiem, ustawiając go w miejscu uderzenia koniuszka serca. Wykres rytmu normalnego skurczu serca przedstawia tablica 1 (patrz wyżej).

Na ośmiu królikach wykonano w 20 doświadczeniach 581 pomiarów czasu reakcji nerwu błędnego. Reobaza przeciętnie wahała się w granicach 35 — 40 v, a pojemność chronaksyjna od 0,09 do 0,11 microfarada, czyli chronaksja wynosiła przeszło 0,4σ. Ilustruje to tablica 2 A i B.



Tablica 2-A. Doświadczenie z dnia 26.II. 33. Królik ♀, wagi 2,750 gr. Wykres górny—koniuszkowe uderzenia serca. Wykres dolny — czas odmierzany w sekundach. a—normalny rytm serca: 8—9 uderzeń w dwóch odcinkach czasu. Strzałka — zastosowanie prądu elektrycznego o sile 35 v.; b. — zahamowanie rytmu serca: 5—6 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu. Reobaza 35 v.



Tablica 2-B. Wykres górny — koniuszkowe uderzenia serca, wykres dolny—czas odmierzany w sekundach. a. — normalny rytm serca: 8—9 uderzeń koniuszkowych w dwóch odcinkach czasu. Strzałka — zastosowanie rozbrojenia kondensatora o pojemności 0,11 microfarada: zahamowanie rytmu serca (w dwóch odcinkach czasu 5 — 6 uderzeń koniuszka serca). Pojemność chronaksyjna 0,11 microfarada.

Po tych wstępnych badaniach, pozwalających ustalić wielkość normalnej chronaksji nerwu błędnego około 0,5 σ, należało ustalić, że spostrzegane zahamowanie rytmu serca zależało wyłącznie od drażnienia nerwu błędnego i że nie odgrywało tu roli drażnienie tętnicy szyjnej, nerwów czuciowych skóry lub nerwu współczulnego. W tym celu wykonano znów szereg doświadczeń na izolowanym nerwie błędnym, określając wartości chronaksyjne, przyczem okazało się, że otrzymane liczby pojemności chronaksyjnej odpowiadały zupełnie uzyskanym od podrażnień nerwu błędnego przez skórę. Różniła się tylko reobaza, która wahała się od 3 do 5 v. (przez skórę 35 — 40 v.). Następnie drażniono bezpośrednio izolowaną tętnicę szyjną. Okazało się, że żadnych zmian w rytmie serca stwierdzić nie można było. Podobnież i drażnienie nerwu współczulnego prądem nawet o sile do 100 v. przy ustalonym rytmie i czasie sumacji pozostało bez wpływu. Należało jeszcze wykluczyć wpływ nerwów czuciowych skóry na zachowanie się rytmu serca. W tym celu określano chronaksję nerwu błędnego przez skórę po znieczuleniu jej w miejscu stosowania elektrody wstrzyknięciem 5% roztworu nowokainy. Okazało się, że wielkość chronaksyjna nie różniła się od otrzymanej uprzednio w pierwszej serji doświadczeń w normalnych warunkach przez skórę.

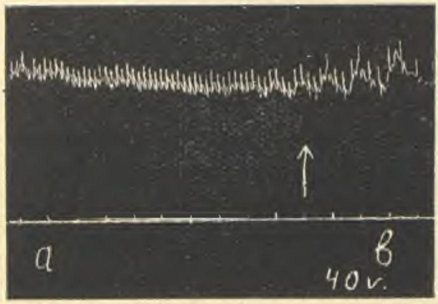
W ten sposób wstępne badania pozwoliły ustalić, że: 1) chronaksja nerwu błędnego królika przy badaniu przez skórę wynosi około 0,5σ, (pojemność chronaksyjna wahała się w granicach 0,09—0,11 microfarada), 2) reobaza wykazuje cyfry pomiędzy 35 a 40 v. (przez skórę), 3) zahamowanie rytmu serca zależy wyłącznie od drażnienia nerwu błędnego; drażnienie tętnicy szyjnej, nerwu współczulnego, oraz nerwów czuciowych skóry nie odgrywa w tem żadnej roli. (Sprawa sumacji antagonistycznego działania w tych przypadkach nerwu błędnego i sympatycznego będzie stanowiła przedmiot innej naszej pracy).

Posiadając powyższe dane, mogliśmy przystąpić do interesujących nas doświadczeń w celu ustalenia wpływu zakrzepu żyły szyjnej na pobudliwość chronaksyjną nerwu błędnego. Badania nasze przeprowadziliśmy w sposób następujący: w znieczuleniu 0,5% nowokainą wykonywaliśmy na szyi królika z prawej strony cięcie boczne, które pozwalało bez traumatyzacji tkanek odrazu odnaleść żyłę szyjną. Nie wydzielając jej z pęczka naczyniowo-nerwowego, wkłuwaliśmy do żyły igłę połączoną ze szprycką, jaką używamy do parafinoplastyki, wypełnioną jałową parafiną i przez pokręcanie tłoka wypełnia-

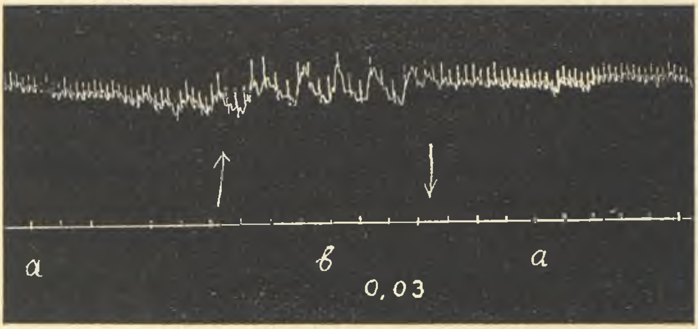
liśmy parafiną żyłę do zupełnego zamknięcia jej światła. Ranę skórną zaszywano. Doświadczenia wykonane były na 7 królikach.

Doświadczenie z dnia 27.V. 33.

Królik wagi 2300 gr. ♀. Operowany 25.V. 33. — zakrzep prawej żyły szyjnej. T⁰ — 38,4, nieznaczne nacieczenie w miejscu zabiegu. Badanie aparatem chronaksyjnym według schematu Bourguignona, konstrukcji Waltera, przy oporze 11,000 ohmów, czasie sumacji 10 „(minimalny)", rytmie 14 bodźców na sekundę, zastosowanych na prawy nerw błędny.



Tablica 3. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas odmierzany w sekundach. a. — normalny rytm serca (10 — 11 uderzeń koniuszka serca). Strzałka — zastosowanie prądu stałego o sile 40 v.; b. — zahamowanie rytmu serca: 5 — 6 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu (fale oddechowe pogłębione). Reobaza 40 v.



Tablica 4. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas odmierzany w sekundach. a. — normalny rytm serca: w dwóch odcinkach czasu 10—11 uderzeń koniuszka serca. Strzałka—zastosowanie rozbrojenia kondensatora o pojemności 0,03 microfarada. b.—zahamowanie rytmu serca: w dwóch odcinkach czasu 6 uderzeń koniuszkowych serca (pogłębienie fal oddechowych). Pojemność chronaksyjna 0,03 microfarada.

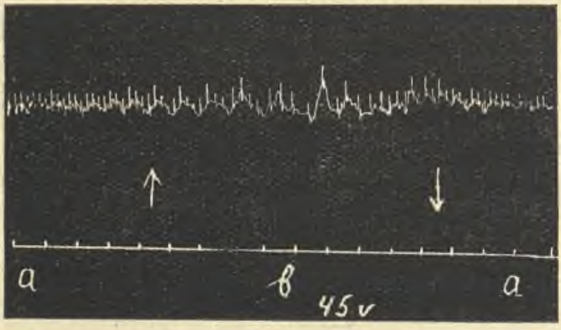
Następnie zwierzęta były poddawane wyżej wspomnianym badaniom chronaksymetrycznym, w 2 — 7 i 12 — 14 dni po dokonanym zabiegu sztucznego zakrzepu żyły szyjnej.

U serji zwierząt obserwowanych w dwa dni po zabiegu, stwierdzaliśmy podniesioną ciepłotę (niezawsze), nieznaczne nacieczenie w miejscu operowanem.

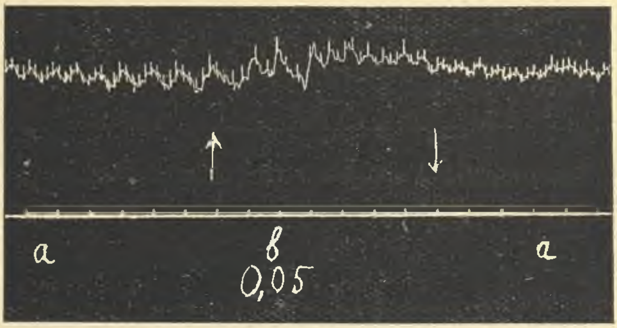
Reobaza w tym przypadku wahała się między 35 — 45 v., pojemność chronaksyjna — w granicach 0,03 — 0,05 microfarada.

Doświadczenie z dnia 30.V. 33.

Królik Q wagi 2550 gr. operowany 28.V. 33. Zakrzep prawej żyły szyjnej. T^{0} — 37,2. Nieznaczne nacieczenie w miejscu zabiegu. Badanie jak wyżej.



Tablica 5. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas odmierzany w sekundach. a. — normalny rytm serca: 10 — 11 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu. Strzałka — zastosowanie i przerwanie prądu stałego o sile 45 v.; b. — zahamowanie rytmu serca: 5 — 6 uderzeń koniuszkowych serca w dwóch odcinkach czasu (pogłębienie fal oddechowych). Reobaza 40 v.



Tablica 6. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas w sekundach. a. — normalny rytm serca: 10 — 11 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekundach. Strzałki — zastosowanie i przerwanie rozbrojenia kondensatora o pojemności 0,05 microfarada. b. — zahamowanie rytmu serca: 5 — 6 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu (fale oddechowe pogłębione). Pojemność chronaksyjna 0,05 microfarada.

We wszystkich badaniach dokonanych w ilości przeszło 90 pomiarów otrzymaliśmy zgodne wyniki — jak na wyżej przytoczonych wykresach.

Widzimy więc, że o ile reobaza większych odchyleń od liczb normalnych nie wykazuje (30 — 45 v. norma; 35 — 45 v. w danych badaniach), o tyle pojemność chronaksyjna odbiega znacznie od normy w kierunku obniżenia swych wartości. U zwierząt zdrowych mieliśmy 0,09 — 0,11 microfarada, u zwierząt w 2 dni po sztucznie wywołanym zakrzepie żyły szyjnej otrzymaliśmy cyfry 0,03 — 0,05 microfarada. Chronaksja więc u zwierząt w 2 dni po zabiegu wynosi około 0,2 sigma, czyli że w porównaniu z określoną normą 0,5 sigma jest znacznie zmniejszoną, co wskazuje na wzmożoną pobudliwość nerwu błędnego.

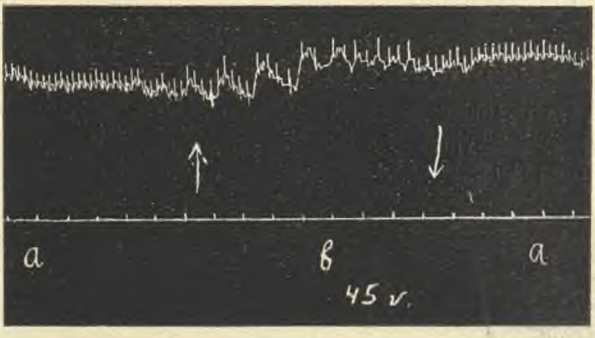
Badania, przeprowadzone na 7 dzień po dokonanym zabiegu, dały reobazę, wahającą się w granicach 40 — 45 v., pojemność chronaksyjną 0,04—0,05 microfarada.

Nacieczenie w miejscu zabiegu występuje wyraźnie, T^0—do 38,3.

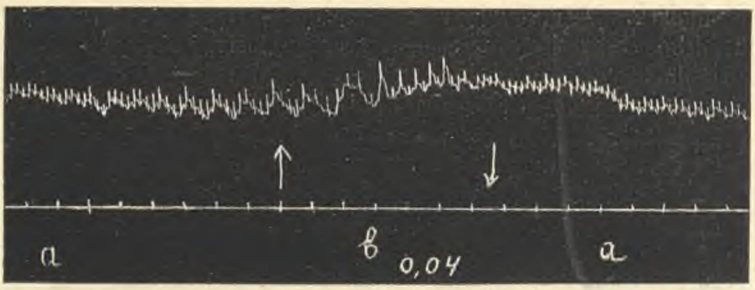
Dla ścisłości należy podkreślić, że u niektórych zwierząt pomimo uporczywych i żmudnych prób nie udało się wywołać charakterystycznych zmian na wykresie: zahamowania w rytmie serca. Można przypuszczać, że w tych przypadkach zniekształcenie stosunków anatomicznych badanej okolicy przez toczący się proces zapalny prawdopodobnie utrudniało możliwość ścisłego zastosowania elektrody na badany nerw. W innych przypadkach, gdzie można było wyczuć splot naczynio-nerwowy, wykresy dały nam wyżej wspomniane wielkości.

Doświadczenie z dnia 30.V. 33.

Królik ♀, operowany 23.V. 33. Zakrzep prawej żyły szyjnej, nacieczenie znaczne. Splot naczynio-nerwowy wyczuwalny. T^0 — 38,2. Badanie metodą wyżej podaną.



Tablica 7. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas w sekundach. a. — normalny rytm serca: 10—11 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekundach. Strzałki — zastosowanie i przerwanie prądu galwanicznego o sile 45 v. b. — zahamowanie rytmu serca: 5 — 6 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu (fale oddechowe rzadsze i głębsze). Reobaza 45 v



Tablica 8. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas w sekundach. a.—normalny rytm serca: 10 — 11 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu. Strzałki — rozbrojenie kondensatora o pojemności 0,04 microfar. b. — zachowanie rytmu serca: 5 — 6 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu (fale oddechowe głębsze). Pojemność chronaksyjna 0,04 microfarada.

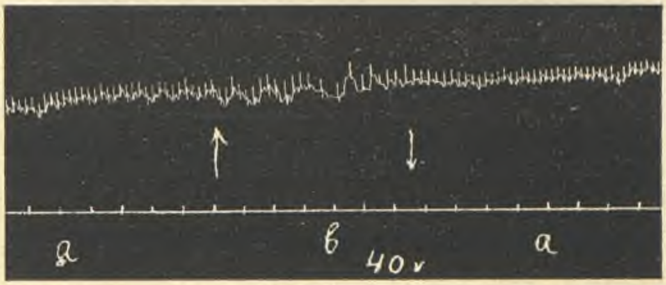
W siedem dni po dokonaniu sztucznego zakrzepu prawej żyły szyjnej u królika pobudliwość nerwu błędnego zdaje się być wzmożoną. Reobaza większych zmian w porównaniu z normą nie przechodzi. Chronaksja wykazuje liczby znacznie obniżone.

Badanie zwierząt w 12—14 dni po dokonaniu wyżej wspomnianego zabiegu dało wyniki niejednolite. W niektórych przypadkach, gdzie miejscowy odczyn zapalny był wybitnie zaznaczony, nacieczenie znaczne, T^0 podniesiona, chronaksymetrja dała zmniejszony czas pobudli-

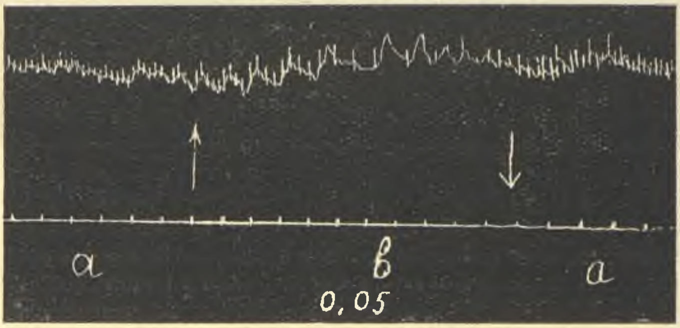
wości badanego nerwu, jak to było stwierdzone w poprzednich badaniach.

Doświadczenie z dnia 3.VI. 33.

Królik ♀ wagi 2300 gr. operowany dnia 22.V. 33. Sztucznie wywołany zakrzep prawej żyły szyjnej. Nacieczenie znaczne. Splot naczynio-nerwowy wyczuwalny z trudnością. T⁰—38,4. Określanie chronaksji zwykłą metodą.



Tablica 9. Wykres górny — rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas w sekundach. a. — normalny rytm serca: 10 — 11 uderzeń koniuszka serca w dwóch odcinkach czasu. Strzałki — zastosowanie i przerwanie prądu galwanicznego o sile 40 v. b. — zahamowanie rytmu serca: 5 — 6 uderzeń w dwóch odcinkach czasu. (fale oddechowe rzadsze i głębsze). Reobaza 40 v.

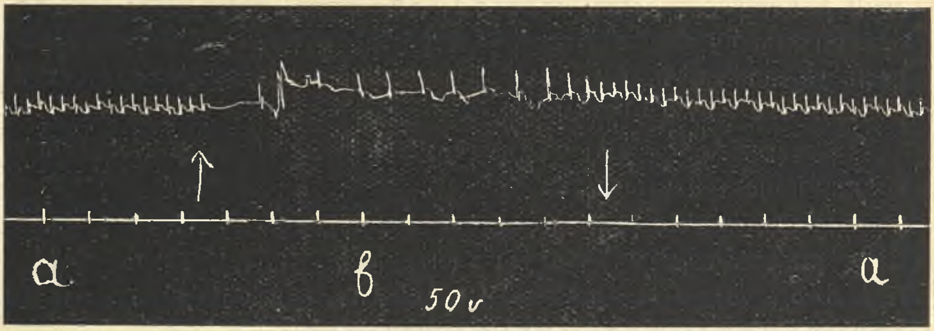


Tablica 10. Wykres górny—rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny— czas w sekundach. a. — normalny rytm serca: 9 — 10 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekund. Strzałki—zastosowanie i przerwanie rozbrojenia kondensatora o pojemności 0,05 microfarada. b. — zahamowanie rytmu serca: 4 — 5 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekundach, (fale oddechowe pogłębione). Pojemność chronaksyjna 0,05 microfarada.

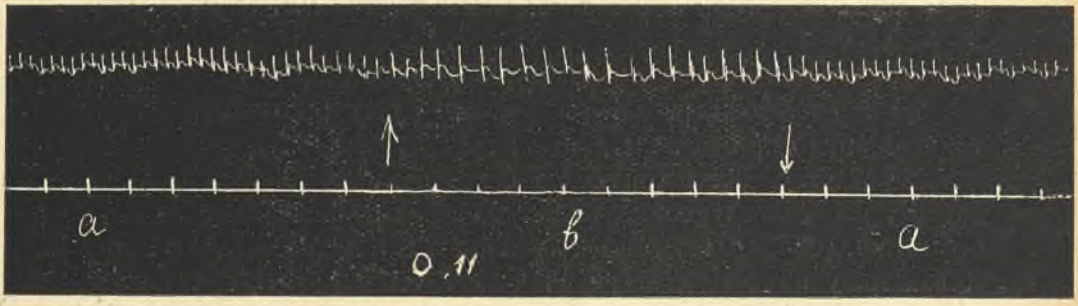
We wszystkich podobnych przypadkach wielkość pojemności chronaksyjnej przeciętnie utrzymywała się między 0,03 — 0,05 microfarada, czyli że chronaksja była o b n i ż o n ą i wynosiła około 0,2 sigma.

Doświadczenie z dnia 3.VI. 33.

Królik ♂, wagi 2000 gr. operowany 21.V. 33. Sztucznie wywołany zakrzep prawej żyły szyjnej. Badanie pobudliwości prawego nerwu błędnego zwykłą metodą. Splot naczynio-nerwowy łatwo wyczuwalny — nacieczenie miejscowe minimalne.



Tablica 11. Wykres górny—rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny—czas w sekundach. a. — normalny rytm serca: 8 — 9 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekund. Strzałki — zastosowanie i przerwanie prądu galwanicznego o sile 50 v. b.—zahamowanie rytmu serca: 3 uderzenia koniuszka serca w dwóch sekundach, (fale oddechowe głębsze). Reobaza 50 v.



Tablica 12. Wykres górny—rytm serca i fale oddechowe. Wykres dolny—czas w sekundach. a. — normalny rytm serca: 8 — 9 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekund. Strzałki—zastosowanie i przerwanie rozbrojenia kondensatora o pojemności 0,11 microfarada. b. — zahamowanie rytmu serca: 4 — 5 uderzeń koniuszka serca w dwóch sekundach, (fale oddechowe rzadsze). Pojemność chronaksyjna 0,11 microfarada.

Ostatnie przytoczone doświadczenie, nieodosobnione, daje nam wielkości chronaksyjne identyczne z normalnemi, jedynie reobaza jest zwiększona.

U niektórych zwierząt w dwa tygodnie po zabiegu zahamowany

rytm serca otrzymaliśmy przy zwiększonej chronaksji do 0,5 microfarada, lecz były to pojedyńcze przypadki.

Zestawiając wyniki badań w 12—14 dni po operacji sztucznego zakrzepu żyły szyjnej, należy zaznaczyć, że w przeważającej liczbie przypadków chronaksja prawego nerwu błędnego była zmniejszona, czyli pobudliwość nerwu wzmożona; u mniejszej liczby zwierząt odnajdywaliśmy wielkości normalne i tylko w pojedyńczych przypadkach chronaksja nerwu błędnego zdawała się być zwiększoną, czyli pobudliwość nerwu obniżoną.

Streszczając wyniki tych wszystkich doświadczeń przychodzimy do następujących wniosków:

1) Chronaksja prawego nerwu błędnego u królika badana przez skórę po sztucznie wywołanym zakrzepie prawej żyły szyjnej w okresie dwuch dni po zabiegu daje wielkości zmniejszone, czyli wzmożenie pobudliwości nerwu błędnego.

2) Wzmożoną pobudliwość prawego nerwu błędnego, czyli zmniejszenie chronaksji stwierdza się również 7, 12, 14 dni po tej operacji.

3) Chronaksja w tych przypadkach jest około 0,2 sigma (pojemność chronaksyjna waha się od 0,03 do 0,05 microfarada). Reobaza zmian w porównaniu z normą nie wykazuje i waha się między 35 — 45 v.

4) Powyższe liczby chronaksyjne otrzymujemy w przypadkach lokalnego nacieczenia w miejscu zabiegu i przy przeważnie wzmożonej ogólnej ciepłocie zwierzęcia.

5) W przypadkach (nielicznych), gdzie miejscowe zmiany szybko znikały, już w dwa tygodnie po zabiegu liczby chronaksyjne zbliżały się do normy (około 0,5 sigma) (pojemność chronaksyjna 0,11 microfarada) przy nieco zwiększonej reobazie do 50 v. lub też wykazywały pewną tendencję do zwiększenia chronaksji, czyli obniżenia pobudliwości nerwu błędnego.

6) W niektórych przypadkach, gdzie nacieczenie było znaczne i występowało zniekształcenie normalnych warunków anatomicznych, chronaksymetrja była niewykonalną i nie można było otrzymać podaną metodą podrażnienia nerwu błędnego przez skórę.

7) Powyższe doświadczenia mają znaczenie praktycznego podejścia do rozwiązywania zapomocą chronaksymetrji już pewnych klinicznych zagadnień: udziału nerwu błędnego w schorzeniach zapalnych żylnych, zatok mózgowych. Dodatni wynik chronaksymetrji potwier-

dza rozpoznanie zakrzepu żyły szyjnej, ujemny wynik nie wyklucza jednak możliwości tego powikłania.

W końcu uważamy za wskazane zaznaczyć, że w następnych badaniach omawianej sprawy zamierzamy posługiwać się bardziej czułym i precyzyjnym przyrządem — płomiennym kardiografem.

Z kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. (Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło*).

Diafanoskopja krtani.

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI.

Sposób pośredniego badania krtani zapomocą lusterka przy jednoczesnem prześwietlaniu krtani przez skórę szyi odzewnątrz wprowadził *Czermak* jeszcze w okresie, gdy nie posługiwano się do badań otolaryngologicznych światłem elektrycznem. Metoda ta, wzbudziwszy odrazu żywe zainteresowanie, szybko jednak została zapomniana i wyparta przez powszechnie dziś stosowany, najlepszy dotychczas sposób pośredniego badania krtani z rzucaniem do krtani odbitego od lusterka światła Większość autorów, wspominając o diafanoskopji krtani przypisuje takowej tylko historyczne znaczenie, a *Heymann* i *Schrötter* nazywają prześwietlanie krtani „ciekawą zabawą". Jednakowoż wszyscy bez wyjątku autorowie, nawet najbardziej krytycznie do tego sposobu badania ustosunkowani, nie zaprzeczają, że w pewnych przypadkach diafanoskopja krtani może dać bardziej dokładne wskazówki o stanie krtani, niż zwykłe oglądanie — np. w przypadkach oceny grubości błon i zrostów w przedniej części krtani i tchawicy. *Lannois* wspomina, że tylko dzięki diafanoskopji krtani udało się naocznie stwierdzić, że w rejestrze głowowym, falsetowym, struny głosowe, wydłużając się, ścieńczają i dlatego stają się bardziej przezroczyste podczas prześwietlania krtani, w rejestrze zaś piersiowym stwierdzono w ten sam sposób zgrubienie strun. Stąd też pochodzą francuskie nazwy „registre mince" et „registre épais". *Czermak, Freudenthal, Ruault* próbowali stosować diafanoskopję krtani celem ustalenia spoistości i stopnia rozrastania się guzów krtani, lecz ten sposób badania nie znalazł w laryngologji szerszego zastosowania. W nowszem piśmiennictwie znalazłem w Zentralblatt fur Hals-Nasen — und Ohrenheilkunde tylko jeden artykuł o prześwietlaniu krtani hiszpańskiego autora *Samengo* (1926), który skon-

struował w tym celu specjalny przyrząd i stwierdza, że wspomniany sposób badania pozwala różniczkować dobrotliwe guzy strun głosowych, umiejscawiające się zwykle na brzegu strun i nie zmniejszające przejrzystości samej struny głosowej na całej grubości od guzów złośliwych, przerastających całą strunę głosową. Pomimo niezaprzeczalnych i uznanych wartości badania zapomocą diafanoskopji krtani jako metody pomocniczej sposób ten został zapomniany i zaniedbywany nawet w tych przypadkach, gdzie mógł dać cenne wskazówki, których nie dawały inne szablonowo stosowane sposoby badania.

W Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. zaczęliśmy stosować diafanoskopję krtani podczas przeprowadzanych przez nas badań nad zależnością głosu od stopnia zmian organicznych w krtani. Badaliśmy w tym celu wielu chorych z różnego rodzaju chorobami krtani (nieżytowe zapalenia, guzki spiewacze, polipy, gruźlica, nowotwory i t. p.) o rozmaitem nasileniu objawów. Podczas tych badań stwierdziliśmy, że prześwietlanie krtani może oddać duże usługi w rozpoznawaniu chorób krtani, i określeniu stopnia rozprzestrzenienia takowych. Badając różne sposoby prześwietlania przez skórę krtani, od zewnątrz doszliśmy do przekonania, że najlepiej jest używać silnego światła i to nie tylko zapomocą jednej żarówki na ograniczoną część szyi z przodu lub z boku okolicy krtani, jak to dotychczas robiono, lecz dokoła całej szyi, by zzewnątrz przez tkanki jaknajwięcej padało światła do krtani i tchawicy.

Jako źródłem światła posługiwaliśmy się kołnierzem z żarówkami elektrycznemi, służącym do nagrzewania okolicy szyi. Celem ustalenia obrazu normalnej krtani podczas prześwietlania zbadaliśmy w ten sposób najpierw 6 osób zdrowych. Całe gardło dolne, krtań i tchawica, często aż do rozwidlenia są przy tym sposobie badania dobrze oświetlone. Wszystkie miękkie części czerwono przeświecają, zarysy chrząstki nagłośni i nalewek wyraźnie odznaczają się wśród różowego tła różowo przeświecających fałdów nalewkowo nagłośniowych, na których wierzchu widoczne jest w postaci cienkiej ciemnej smugi więzadło nalewkowo nagłośniowe. Na różowem tle przeświecających miękkich części podstawy nagłośni zaznacza się *petiolus*.

Struny prawdziwe przeświecają blado-różowo, szpara głosowa wyraźnie zarysowana. przyczem łatwo daje się stwierdzić najmniejsza nierówność, zazębienie brzegów strun prawdziwych, czego przy zwykłem wziernikowaniu często nie można dostrzec. Nakładając na szyję czarną opaskę coraz wyżej, możemy stopniowo nie dopuszczać światła do tchawicy, która stopniowo staje się oświetlona na coraz to krót-

szym odcinku. Regulując opaskę możemy zaciemnić tchawicę i struny głosowe, pozostawiając oświetloną tylko okolicę nadgłośniową i gardło dolne, które to części wówczas są bardzo intensywnie oświetlone, co ułatwia drobiazgowe, dokładne zbadanie i wykrycie najdrobniejszych zmian lub ciał obcych.

W przypadkach patologicznych sprawy zapalne, naciekowe, nowotworowe zmniejszają przeświecalność zajętych tkanek i stosunkowo łatwo mogą być wykryte przy porównaniu z normalnie przeświecającą stroną zdrową, lub przy porównaniu z normalnym obrazem krtani podczas diafanoskopji.

Niżej podaję protokóły badań przypadków patologicznych, wykazujących wartość omawianej próby badania.

P r z y p a d e k I. Chora M. 20 lat. Rozpoznanie: scleroma laryngis. Laryngoskopja zwykła wykazała lekkie obrzmienie strun wrzekomych, więzadła prawdziwe zgrubiałe, różowe, nie domykają się podczas fonacji. Nagłośnia, fałdy nalewkowo-nagłośniowe, nalewki i tylna ściana krtani bez zmian. Podczas kilkakrotnie dokonywanej bronchoskopji stwierdzono nacieczenie śluzówki tchawicy aż do bifurkacji. Diafanoskopja krtani wykazała tylko szczelinowate prześwietlenie w głębi tchawicy, ograniczone ciemnemi konturami strun prawdziwych. Wszystkie natomiast przeświecające normalnie części krtani i tchawicy, jak ściany tchawicy, struny prawdziwe i wrzekome, podstawa nagłośni i fałdy nalewkowo-nagłośniowe były całkowicie ciemne. Chrząstka nagłośni z petiolus, chrząstki nalewkowe oraz więzadła nalewkowo-nagłośniowe nie były, jak zwykle bywa, widoczne wskutek zaciemnienia nacieczonych sąsiednich tkanek.

W tym przypadku diafanoskopja potwierdziła dane, uzyskane podczas laryngoskopji zwykłej, a więc nacieczenie strun wrzekomych i prawdziwych oraz tchawicy, które to części były zaciemnione. Prócz tego jednak diafanaskopja wykazała zaciemnienie, głębokie nacieczenie tkanek podstawy nagłośni i całej przestrzeni fałdów nalewkowo-nagłośniowych, które podczas laryngoskopji zwykłej wyglądały prawidłowo.

P r z y p a d e k II. K. Zofja 34 lat. Tuberculosis pulmonum et laryngis.

Laryngoskopja zwykła wykazała obrzmienie więzadeł rzekomych, zwłaszcza lewego, które zasłania więzadło prawdziwe. Więzadło prawdziwe prawe wygląda normalnie o nieco tylko zaokrąglonym — nie ostrym brzegu. Nagłośnia, nalewki i tylna ściana krtani bez zmian.

Podczas diafanoskopji krtani wyraźnie widoczne pierścienie tchawicy i zarysy chrząstek nalewkowych, które to części i w zwykłej laryngoskopji przedstawiały się prawidłowo. Stwierdzono natomiast zaciemnienie 2/3 przednich części fałdów nalewkowo-nagłośniowych ponad strunami wrzekomemi, które przy zwykłej laryngoskopji zmian nie wykazywały. W tylnej części, w okolicy nalewek fałd nalewkowo-nagłośniowy przeświecał normalnie, co świadczy, że nacieczenie nie objęło jeszcze całego fałdu. Struna prawdziwa prawa, nie wykazująca zmian podczas zwykłej laryngoskopji, w obrazie diafanoskopowym przedstawiała się zupełnie ciemną, nieprzeświecającą, nacieczoną, wciągniętą w sprawę chorobową, czego zwykłe wziernikowanie nie wykazywało.

Przypadek III. Z. St. 20 lat. Tuberculosis pulmonum et laryngis.

Laryngoskopja zwykła: zgrubienie tylnej ściany krtani, znacznego stopnia nacieczenie nalewek, strun wrzekomych i prawdziwych, owrzodzenie lewej struny prawdziwej. Podczas diafanoskopji miękkie części podstawy nagłośni nie przeświecały jak powinny i petiolus nie był zarysowany, co świadczy o głębszem nacieczeniu tej okolicy, czego nie można było rozpoznać w laryngoskopji zwykłej. Poduszkowato obrzmiałe nalewki w tym przypadku wyglądały podczas prześwietlania krtani jak dwa duże okrągłe cienie, zasłaniające znaczną część obrazu głębszych części krtani i tchawicy, co jest niezbitym dowodem, że nacieczenie tkanek miękkich powoduje ich zaciemnienie podczas prześwietlania i daje się łatwo rozpoznać. Wszystkie widocznie obrzmiałe części krtani w obrazie diafanoskopowym również wykazywały nacieczenie i były zaciemnione.

Przypadek IV. Z. H. panna, 21 lat. Rozpoznanie: Tuberculosis pulmonum et laryngis. Laryngoskopja zwykła: nieznaczne zgrubienie tylnej ściany krtani oraz zaróżowienie i obrzmienie brzegu lewej struny prawdziwej, znacznego stopnia niedomykalność strun podczas fonacji. Diafanoskopja wykazała wyżej opisany obraz normalnej krtani z wyjątkiem lewej struny prawdziwej, na której w postaci ciemnej smugi nie przeświecał normalnie jedynie tylko brzeg struny. W tym przypadku wyniki zwykłej laryngoskopji i diafanoskopji krtani były zgodne, diafanoskopja wykazała również, brak głębszych nacieczeń lewej struny w kierunku tchawicy, która poza ograniczonem zaciemnieniem brzegu struny wyraźnie przeświecała. Obraz w laryngoskopji zwykłej nie dawał pojęcia o rozprzestrzenieniu się sprawy chorobowej wgłąb.

P r z y p a d e k V. Chory Sz. R., 27 lat. Tuberculosis laryngis. Laryngoskopja zwykła: nacieczenie lewej struny wrzekomej oraz nacieczenie i owrzodzenia na lewej strunie prawdziwej i tylnej ścianie krtani, prawa zaś połowa krtani widocznych zmian nie wykazuje. Diafanoskopja również wykazała zaciemnienie wspomnianych widocznie zajętych części krtani oraz, prócz tego, wykazała nacieczenie całego lewego fałdu nalewkowo nagłośniowego ponad więzadłem rzekomem, który w laryngoskopji zwykłej nie przedstawiał zmian patologicznych. W tym przypadku diafanoskopja wykazała również zmiany nacieczeniowe w postaci zaciemnienia tylnej połowy prawej struny prawdziwej, na której podczas zwykłej laryngoskopji nie można było dostrzec żadnych widocznych zmian chorobowych. Przeświecanie miękkich części podstawy nagłośni po obu stronach wyraźnie zaznaczonego cienia petiolus przemawia za tem, że sprawa chorobowa nie objęła jeszcze tej części krtani.

P r z y p a d e k VI. Chory B, 46 lat. Tuberculosis laryngis. Status post amputationem epiglottidis. W laryngoskopji zwykłej widać bliznowate zgrubiałe resztki nagłośni. Więzadła wrzekome obrzmiałe, fałdy nalewkowo-nagłośniowe zgrubiałe. Obrzmienie struny fałszywej lewej zupełnie zasłania znajdującą się pod nią strunę prawdziwą, struna zaś prawdziwa prawa, zmian patologicznych nie przedstawia.

Diafanoskopja krtani: prześwieca tylko tchawica i prawa struna prawdziwa, wszystkie inne części krtani zaciemnione. W tym przypadku dane badania, uzyskane zapomocą laryngoskopji zwykłej i diafanoskopji krtani, są zupełnie zgodne.

P r z y p a d e k VII. W. Marja, 16 lat. 25.I.32 r. Raucedo functionalis. Chora mówi zapomocą strun fałszywych. Laryngoskopja zwykła nie wykazuje organicznych zmian w krtani. Podczas fonacji zbliżają się więzadła rzekome, zasłaniając struny prawdziwe. W diafanoskopji wszystkie miękkie części krtani prześwietlają. Przypalono galwanokaustycznie obie struny wrzekome celem odzwyczajenia chorej od używania ich podczas wydawania głosu.

27.I.32 r. Trzeci dzień po kaustyce krtani. Laryngoskopja zwykła: więzadła rzekome obrzmiałe z nalotami w miejscach przypalania, pozatem krtań zmian nie wykazuje. Diafanoskopja krtani: Obie struny fałszywe i całe fałdy nalewkowo-nagłośniowe ciemne. Obrzęk (zaciemnienie) sięga aż podstawy nagłośni, która obecnie jest również zaciemniona i petiolus nagłośni nie wyróżnia się już na różowem tle przeświecających tkanek miękkich, jak to było przed przypalaniem krtani. W tym przypadku diafanoskopja pozwoliła stwierdzić, że głę-

boki obrzęk tkanek po przypalaniu krtani nie ograniczył się tylko do przypalonych strun fałszywych, lecz zajął też cały fałd nalewkowo-nagłośniowy i podstawę nagłośni, czego podczas laryngoskopji zwykłej nie możne było stwierdzić.

5.II.32 r. Jedenaście dni po kaustyce. W laryngoskopji zwykłej widoczne jeszcze obrzmienie strun fałszywych. Diafanoskopja krtani daje obraz jak podczas ostatniego badania.

9.II.32 r. 15 dni po kaustyce krtani. Laryngoskopja zwykła nie wykazuje już obrzmienia strun fałszywych, widoczne są jeszcze miejsca wkłucia igły galwanokaustycznej w postaci ciemnych plamek. Diafanoskopja nie wykazuje jeszcze prześwietlenia i powrotu do normy miękkich części tkanek pomimo stwierdzonego podczas laryngoskopji zwykłej ustąpienia obrzmienia Z tego przypadku dowiedzieliśmy się dzięki diafanoskopji, że nacieczenie głębszych tkanek po kaustyce krtani utrzymuje się dość długo po ustąpieniu już widocznych objawów obrzmienia błony śluzowej.

Przypadek VIII. A. L., 23 lat. Polipus laryngis. Laryngoskopja zwykła: duży czerwony polip na brzegu przedniej części lewej struny głosowej. Diafanoskopja: ograniczone okrągłe zaciemnienie w miejscu polipa, pozatem wszystkie miękkie części krtani normalnie przeświecają. Dane djafanoskopji w tym przypadku pozwalają ustalić, że guz na strunie jest dobrotliwy, ograniczony i nie rozrasta się wgłąb tkanki struny, czego w laryngoskopji zwykłej nie można stwierdzić.

5.II.32 r. 3 dni po polipotomji. Laryngoskopja zwykła wykazuje równomierne zaczerwienienie lewej struny prawdziwej, w miejscu wyciętego polipa nieznaczna nierówność brzegu struny. Djafanoskopja krtani wykazała lekkie zaciemnienie lewej struny prawdziwej, wyraźnie zaznaczające się w porównaniu z jasno przeświecającą struną prawą. Na tle zaciemnionej, lecz jeszcze przeświecającej struny prawdziwej lewej widoczne wyraźnie odgraniczające się półksiężycowate ciemne miejsce na brzegu struny w miejscu dawnego polipa. Umiejscowienie i kształt tego zaciemnienia, sciśle odpowiadający zewnętrznej stronie stwierdzonego podczas poprzedniej diafanoskopji zarysów polipa, pozwala z pewnością twierdzić, że jest to reszta polipa, to znaczy, że polipotomja była tylko częściowa. W laryngoskopji zwykłej w tym przypadku nie można było stwierdzić, że polip nie całkowicie został wycięty.

Przypadek IX. K. N. Student. Diaphragma laryngis. Laryngoskopja zwykła: Struny prawdziwe nieco zaróżowione, zbliżają się

podczas fonacji. Pod przedniem spoidłem w głębi widać trójkątne zgrubienie śluzówki. Diafanoskopja wykazała, że miejsce, zajęte przez diafragmę krtani jest intensywnie zaciemnione, co świadczy, że nie jest to cienka łatwo przeświecająca błona, lecz gruba tkanka łączna. W tym przypadku diafanoskopja pozwoliła ustalić grubość, przeznaczonej do usunięcia diafragmy krtani i ułatwiła wybór instrumentu i sposobu operacji. Z powyższych badań niezbicie wynika, że diafanoskopja krtani może wykazać takie szczegóły w stanie krtani, których nie stwierdza się podczas zwykłej laryngoskopji.

Diafanoskopja krtani daje swoisty obraz, powstały wskutek przeświecania części miękkich, na których tle wyraźnie zaznaczają się cienie chrząstki nagłośniowej z petiolusem, chrząstki nalewkowe i więzadła nalewkowo-nagłośniowe. Tylko w nielicznych przypadkach cienkie, słabo rozwinięte więzadła nalewkowo-nagłośniowe są mało widoczne. Całe gardło dolne, zatoka gruszkowata jest doskonale widoczna w najdrobniejszych szczegółach, co pozwala w tym sposobie badania łatwo stwierdzić nawet drobne zmiany i ciała obce, tkwiące w tej okolicy. Obraz diafanoskopowy normalnej krtani powinien być utrwalony w pamięci laryngologa obok znanego obrazu, otrzymywanego podczas zwykłej laryngoskopji.

Wszystkie miejsca zmienione w krtani i tchawicy o nacieczonej, zgrubiałej tkance wyglądają w obrazie diafanoskopowym zaciemnione, wskutek czego łatwo można stwierdzić nacieczenia i zgrubienie tkanek oraz określić jego granice nawet w przypadkach, w których zwykła laryngoskopja nie wykazuje widocznych zmian w krtani.

Prócz określenia początkowych zmian nacieczeniowych, diafanoskopja pozwala również śledzić cofanie się tych zmian i ustala chwilę zupełnego ustąpienia zmian chorobowych. Szczególnie ważne usługi może oddać diafanoskopja krtani w odróżnieniu chrypki czysto czynnościowej od chrypki powstałej wskutek zmian organicznych w strunach głosowych. W kilku badanych przez nas przypadkach chrypki bez widocznych zmian w krtani, diafanoskopja wykryła głębsze nacieczenie strun głosowych, które było przyczyną wadliwego brzmienia głosu.

Diafanoskopja krtani pozwala różniczkować dobrotliwe guzy krtani, dające wyraźnie ograniczony cień od guzów złośliwych, przerastających tkanki sąsiednie i powodujących rozlane nacieczenie.

Diafanoskopja pozwala sprawdzić dokładność usunięcia polipów i drobnych guzów krtani, których pozostałe resztki w dalszym ciągu zarysowują się w postaci wyraźnego zaciemnienia.

Zapomocą diafanoskopji można wykryć minimalne nawet nierówności i zazębienia brzegów strun głosowych, które mogą być łatwo przeoczone podczas laryngoskopji zwykłej.

W obrazie diafanoskopowym krtani można stwierdzić nierówność poziomu obu strun głosowych, przyczem podczas wysokiej fonacji często brzegi obu strun zachodzą jedna na drugą, dając cień na brzegach strun w miejscu szpary głosowej. Podczas oddechu zaś, po rozejściu się strun zaciemnienie ich brzegów znika.

Zaburzenia ruchów strun głosowych dają się łatwiej stwierdzić podczas diafanoskopji, niż podczas laryngoskoji zwykłej.

Nacieczenie ścian tchawicy, niewidoczne podczas zwykłej laryngoskopji, natychmiast uwydatniają się w postaci zaciemnienia w obrazie diafanoskopowym.

Djafanoskopja orjentuje nas co do grubości zrostów w okolicy podgłośniowej.

Widzimy więc, że w diafanoskopji posiadamy ważny i łatwy pomocniczy sposób badania krtani, który niesłusznie został zaniedbany. Dalsze stosowanie i udoskonalenie tego sposobu badania może przyczynić się do wykrycia wielu zmian w krtani, które nie dają się stwierdzić podczas laryngoskopji zwykłej.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. P. (Dyr. prof. *A, Laskiewicz).*

Dr J. MAŁECKI.

O wartości rozpoznawczej oznaczania stężenia jonów wodorowych i zasobu zasad w otosklerozie.

Ustalenie rozpoznania otosklerozy zwłaszcza we wczesnem jej okresie napotyka niejednokrotnie na poważne trudności. Zależą one w dużej mierze od umiejscowienia sprawy chorobowej. U jednej grupy chorych stwierdzamy niedosłuch o typie zaburzenia przewodnictwa z trójcą *Bezolda* t. j. podniesieniem granicy dolnej, przedłużeniem przewodnictwa kostnego i ujemną próbą *Rinnego*—u drugiej wyłączne zajęcie ślimaka powoduje objawy typu zaburzenia percepcji. Często jednakże spotykamy w otosklerozie niedosłuch o charakterze mieszanym zaburzenia przewodnictwa i percepcji. Zatem ani trójca

Bezolda, ani ujemny wynik próby *Gellégo* — objawy spotykane również w przewlekłych procesach zapalnych ucha środkowego — nie dają pewnej podstawy do rozpoznania otosklerozy. A przecież ma ono znaczenie zasadnicze dla chorego tak ze stanowiska eugenicznego, jak i osobistego i to głównie ze względu na dziedziczność otosklerozy, jej właściwość pogarszania się z biegiem czasu i zależność jej od przejawów życia płciowego. Duże usługi w wypadkach, kiedy badanie otjatryczne nie daje jednoznacznych wyników, może oddać badanie krwi.

Escat i Rodriguez dzielą choroby przebiegające z objawami głuchoty postępującej na:

1) głuchoty pochodzenia tympanalnego („tympanosklerozy") z umiejscowieniem procesu chorobowego w obrębie jamy bębenkowej, zazwyczaj zmian nieżytowych, zrostowych jako następstwa zapalenia ucha środkowego i niedrożności trąbki (zaburzenia przewodnictwa: szmery o charakterze niskim, skrócenie skali, podniesienie granicy dolnej; *Schwabach* przedłużony, *Rinne* ujemny, *Weber* laterelizowany na sronę chorą, *Gellé* dodatni),

2) głuchoty pochodzenia błędnikowego („labiryntosklerozy"), cechujące się zmianami w błędniku błoniastym, powstałemi na skutek ostrych albo przewlekłych zmian zapalnych tego narządu (zaburzenia percepcji; szmery o charakterze niskim, zawroty, skrócenie skali z upośledzeniem tonów wysokich, *Schwabach* skrócony, *Rinne* dodatni, *Weber* lateralizowany na stronę zdrowszą, *Gellé* dodatni, próba cieplna i obrotowa prawidłowa),

3) głuchoty nerwowe („otoneurozy"), u których przyczyną głuchoty jest uszkodzenie nerwu albo ośrodka słuchowego (skrócenie całej skali; *Schwabach* b. skrócony, *Rinne* ujemny, *Gellé* dodatni, szmery wysokie, zaburzenia ze strony narządu przedsionkowego i ewentual. innych nerwów),

4) Kapsulosklerozy t. j. otosklerozy sensu strictiori z umiejscowieniem zmian przedewszystkiem w błędniku kostnym (głuchota typu zaburzenia przewodnictwa albo percepcji albo typy mieszane, *Gellé* ujemny, Paracusis *Willisii).*

Otoskleroza różni się od wymienionych jednostek chorobowych tem, że prócz zmian miejscowych wykazuje zmiany ogólne w ustroju. I tak spotyka się często u otosklerotyków objaw *Brauna* t. zw. niebieskich pręg na twardówce. *Hirschmann,* który obserwował objaw *Brauna* u sześciu osobników, należących do czterech rodzin, zauważył prócz niebieskich białkówek, łamliwości kości i otosklerozy—

objawów swoistych dla tego obrazu chorobowego—zmiany w kościach długich, względną lymfocytozę, zwiększenie ilości płytek krwi i dodatni objaw *Rumpel-Leedego.* Wystąpienie pierwszych objawów i duży odsetek pogorszeń, przypadający na okres pokwitania i ciąży jakoteż częste współistnienie innych chorób gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu—jak wole, choroba *Ba edowa,* otyłość, cukrzyca — *(Szasz, Leicher, Stein, Berberich, Leiri),* wskazują na związek zachodzący między czynnością gruczołów dokrewnych a otosklerozą. Od funkcji gruczołów dokrewnych zależy stan i stosunek wzajemny elektrolitów w krwi i komórce. Obniżenie ilości jonów sodowych t. j. alkalicznych o 20 — 25% i podwyższenie poziomu jonów chlorowych o 10 — 15% we krwi u chorych na rzucawkę porodową odnosi *Rossenbeck* do nadczynności przysadki. Następstwem tej hyponatremji jest acidoza. Dyshormonoza może więc spowodować dyskoloidozę i, co nas najwięcej w tej pracy zajmuje, zaburzenia izohydrji. Podobnie należy się spodziewać zmian we krwi u chorych dokniętych otosklerozą. *Leicher, Berberich, Stern, Rodriguez* i inni, którzy się zajmowali zagadnieniem chemizmu krwi w otosklerozie, stwierdzili cały szereg zmian, wyrażający się (według *Leichera):*

1) w obniżeniu poziomu wapnia i cholesteryny we krwi, przyczem ostatnia bywa obniżona do połowy normalnej jej zawartości. Zmniejszenie zawartości wapnia i cholesteryny jednakże odnosi się tylko do osobników poniżej 45 r. życia, ponieważ później następuje fizjologiczne obniżenie poziomu tak wapnia jak cholesteryny, dla ostatniej np. 0,12—0,18 g% na 0,09—0,13 g%,

2) w przesunięciu stosunku albumin do globulin na korzyść globulin, co może niekiedy spowodować odczyn dodatni próby *Kahna.* To względne zwiększenie ilości globulin nie wpływa jednak na czas opadania czerwonych ciałek krwi,

3) w zwiększonej przepuszczalności nerek dla cukru i dodatniej próbie floryzynowej przy prawidłowym poziomie cukru we krwi,

4) we wpływie toksycznym krwi, moczu, śliny i potu na rośliny i drożdże, stwierdzonym w próbach fytofarmakologicznych *Sterna i Leichera.*

Badania krwi na zawartość potasu, sodu, chloru, magnezu i fosforu wykazały stosunki prawidłowe. Jedynie ilość magnezu zwiększa się w przypadkach znacznego obniżenia poziomu wapnia.

Praca niniejsza ma za zadanie zbadanie odczynu istotnego i zasobu zasad jakoteż podkreślenie ich znaczenia dla rozpoznania różniczkowego otosklerozy i chorob dających podobne objawy. pH krwi

oznaczałem sposobem kolorymetrycznym *Balinta*, a zasób zasad przyrządem *V. Slyk'a*. Liczby pH krwi odnoszą się do temperatury 18° C. Jako pH normalne dla ciepłoty 18° C uważać należy 7,54 do 7,64— średnia 7,59. U osobników zdrowych wynosi rezerwa alkaliczna („R-A") 55 do 65 na sto dla dorosłych, 45 do 50 dla dzieci.

L. p.	Nazwisko	Wiek i płeć	pH krwi (18°)	Rezerwa alkaliczna
1.	Ch. L.	27 l. ż.	7,54	46,0
2.	K. J.	37 l. m.	7,56	49,1
3.	N. Br.	40 l. ż.	7,53	41,0
4.	B. M.	35 l. ż.	7,58	48,0
5.	K. K.	23 l. ż.	7.55	41,6
6.	M. W.	55 l. m.	7,64	53,0
7.	N. A.	54 l. ż.	7,62	64,3
8.	L. J.	64 l. m.	7,59	49,8
9.	D. A.	27 l. ż.	7,54	49,6
10.	Os. W.	30 l. ż	7,57	42,0
11.	S. W.	34 l. ż.	7.55	49,8

Przeglądając załączoną tabelę, zauważymy, że pH waha się pomiędzy 7,53 a 7,59, w dwuch tylko przypadkach wynosi więcej: 7,62 i 7,64. Obracając się jeszcze w granicach prawidłowych, schodzi poniżej przeciętnej 7,59 z wyraźną tendencją trzymania się „granicy kwaśnej". Pod tym względem stan koncetracji jonów wodorowych przypomina w dużej mierze chorych na chorobę wrzodową żołądka, u których pH krwi schodzi przeważnie poniżej 7,59. Stan ten uważa *Balint* jako wyraz zakwaszenia ustroju. Jeżeli mimo to nie zaliczyłbym powyższych wartości pH do zdecydowanie kwaśnych, to wyniki badania zasobu zasad wskazują na wyraźną kwasicę, bowiem prawie wszystkie przypadki (u nas prócz dwuch, u *Rodrígueza* wszystkie)

wykazują spadek rezerwy alkalicznej poniżej 50 I to jest wielce charakterystyczne dla otosklerozy. Jest to t. zw. kwasica wyrównana (*Naunyn*), którą cechuje obniżenie zasobu zasad, obniżenie parcia CO_2 i prawidłowy odczyn istotny. Do przesunięcia równowagi kwasowo-zasadowej przyczynia się w tych przypadkach obniżenie zasobu zasad i stan cholesteryny i elektrolitów.

Sendrail, Lasalle, Bonpunt i Rodríguez pierwsi zwrócili uwagę na obniżenie zasobu zasad krwi w otosklerozie. Badania nasze naogół potwierdzają wyniki wspomnianych autorów, chociaż nie znajdowaliśmy tak niskich liczb jak *Rodríguez* (37,0). Przeprowadzone przez nas w dalszym ciągu na chorych o podobnych typach niedosłuchu badania pH i rezerwy alkalicznej dały liczby, które wynoszą:

1) dla 2 przypadków głuchoty nerwowej: pH 7,64 i 7,60, R-A 58,2 i 64,1,

2) dla 8 przypadków głuchoty tympanalnej; pH 7,59 — 7,61 — 7,64—7,58—7,61—7,63 7,59—7,62; R-A 55,7 — 64 2 — 57,3 — 59,0 — 60,0 — 53,1—55,6—74,1,

3) dla 2 przypadków głuchoty pochodzenia błędnikowego: pH 7,59 —7,63 R-A 58,2—54,8

Porównując stan koncentracji jonów wodorowych i rezerwy alkalicznej w otosklerozie i chorobach pokrewnych o cechach niedosłuchu postępującego, zauważymy zasadniczą różnicę w tem, że o ile w otosklerozie mamy przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej, to w pozostałych chorobach tak odczyn istotny, jak zasób zasad pozostaje prawidłowy.

Jeżeli postawimy sobie pytanie, w jakim stosunku ognisko otosklerotyczne stoi do zmian w chemiźmie krwi, czy zmiany składu krwi są następstwem ogólnego swoistego zaburzenia przemiany materji, czy też zależą tylko od samego ogniska — innemi słowami czy są pierwotne, czy wtórne, — stwierdzić musimy, że zmiany w krwi nie są swoiste, ponieważ podobne napotyka się w przebiegu innych chorób (*Leicher*). Dużo przemawia więc za tem, że zmiany w składzie krwi zależą od ogniska otosklerotycznego, które porównać możnaby do ciała obcego o biologji własnej—ale to ciało obce rozwija się na podłożu specyficznem, w usroju dziedzicznie obciążonym, którego mniejwartościowość w dodatku podtrzymuje wadliwy sposób odżywiania. Mam tu na myśli przeładowanie ustroju potrawami zakwaszającemi tkanki jak nadmiar mięsa, tłuszczu, chleba przy braku witamin. Z punktu widzenia równowagi kwasowo-zasadowej ludzkość podzielić można na trzy kategorje. Do pierwszej należą ludzie

o równowadze kwasowo-zasadowej prawidłowej, odporni na szkodliwości zewnętrzne i wewnętrzne. W grupie drugiej napotykamy ustrój alkaliczny od urodzenia, wątły, nerwowy, podatny na zakażenie gruźlicą. Do trzeciej zalicza się organizm o skłonności do kwasicy. Ta skłonność objawia się już wcześnie w zmianach w kościach jako krzywica. W wieku późniejszym pojawiają się wyrzuty skórne, nadkwasota żołądka, łamliwość kości, otyłość, dna, miażdżyca i cukrzyca. Pokrewieństwo otosklerozy z grupą ostatnią jest oczywiste.

Zważywszy powyższe powinniśmy — nie przeceniając wartości metod laboratoryjnych — przy rozpoznawaniu różniczkowem posiłkować się poza zwykłem badaniem otjatrycznem oznaczaniem: 1) pH w krwi, 2) rezerwy alkalicznej, 3) poziomu wapnia i cholesteryny we krwi, 4) stopnia przepuszczalności nerki dla cukru (próba florydzynowa). Pamiętać należy jednak, że badania powyższe, chociaż stanowią cenny srodek rozpoznawczy, pozostaną zawsze tylko środkiem pomocniczym, uzupełniającym badanie kliniczne. Dodatni ich wynik przemawia za rozpoznaniem otosklerozy — ujemny jednak nie może obalić rozpoznania klinicznego.

Wnioski:

W przypadkach, nasuwających wątpliwości rozpoznawcze, przemawia za otosklerozą:

1) pH poniżej 7,59 (dla temp. 18° C).
2) Obniżenie rezerwy alkalicznej poniżej 50.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. (Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło)*

O uwidocznianiu drożności oddechowej nosa

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI

Od roku 1932 przeprowadzam badania w Klinice otolaryngologicznej U. S. B. nad pewnemi zagadnieniami z dziedziny fizjologji nosa. Do tych badań okazało się niezbędnem rozwiązanie zagadnienia utrwalania obłoczka na płycie metalowej, którą przystawia się do nosa podczas wydychania. Przerobiliśmy wówczas całą serję rozmaitych doświadczeń. Próbowaliśmy wyzyskać własności soli kobaltu, które pod wpływem pary wodnej dają barwne reakcje, lecz okazało

się, że ilość pary wodnej obłoczka na płycie metalowej jest niedostateczna do otrzymania wyraźnych wyników. Lepsze, lecz również mało praktyczne wyniki otrzymaliśmy podczas zasypywania powstającego na metalowej płycie obłoczka, drobno sproszkowanemi barwnikami (błękitem metylenowym, eozyną i t. p.), jednak rozpuszczony pod wpływem pary wodnej obłoczka barwnik rozpływał się na brzegach obłoczka i zacierał i zniekształcał jego zarysy. Najlepsze utrwalenie obłoczka, możliwe do badań doświadczalnych uzyskaliśmy po zasypywaniu tego obłoczka proszkami trudno rozpuszczalnemi, które przyklejały się do płyty metalowej w granicach obłoczka, zarysowując jego kontury. Spośród wypróbowanych różnego rodzaju proszków, bardzo dobrze utrwalał i uwydatniał zarysy obłoczka sproszkowany węgiel. Jednakże badania dalsze wykazały, że i ten sposób utrwalania posiada niedużą wartość, bo po wyschnięciu, ulotnieniu się pary wodnej z płyty metalowej proszek nie trzyma się już w obrębie granic obłoczka i odrywa się. Dokładne zarysowanie brzegów obłoczka przy tym sposobie również jest niemożliwe, bo ilość pary wodnej stopniowo się zmniejsza w kierunku obwodu obłoczka, tak że na samych brzegach tego obłoczka pozostaje zbyt mało pary wodnej do przyklejenia nasypanego proszku. Zmuszeni więc byliśmy rozpocząć nasze badania na nowo celem wynalezienia dostatecznego dla naszej pracy sposobu utrwalania obłoczka. W końcu zatrzymaliśmy się na nowym sposobie, który okazał się znacznie lepszy od poprzednich, chociaż również nie zupełnie dokładnie rozwiązywał sprawę i wymagał dalszego udoskonalenia i dlatego też nie podawaliśmy jego do ogólnej wiadomości.

W Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde Bd. 35 H. 5 ukazał się artykuł Dr. *Lorentza* na ten sam temat o utrwalaniu na płycie metalowej obłoczka, otrzymywanego podczas wydychania nosem na tę płytę powietrza.

Lerentz podaje sposób zasypywania obłoczka pyłem piaskowym. Powyższy artykuł uprawnia mnie do ogłoszenia stosowanego przeze mnie sposobu gdyż pozwoli interesującym się omawianą sprawą badaczom otrzymywać, zdaje się, nieco dokładniejsze wyniki, niż przy zasypywaniu obłoczka kurzem piaskowym, który, jak i inne proszki szybko odpada się po ulotnieniu się pary wodnej z płyty metalowej. Nasz sposób polega na zasypywaniu obłoczka na płycie metalowej zapomocą gumy arabskiej najdokładniej sproszkowanej.

Postępujemy w sposób następujący: powstały na płycie obłoczek natychmiast zasypujemy warstwą proszku gumy arabskiej zapomocą

zwykłego używanego przez otolaryngologów wdmuchiwacza do proszków. Proszek gumy arabskiej momentalnie przykleja się w obrębie obłoczka i dobrze go zarysowuje.

Proszek, leżący poza granicami obłoczka może być strząśnięty bez obawy zniekształcenia zarysów obłoczka, które są mocno utrwalone i może być przez dłuższy czas przechowywane. Tak samo dobrze utrwalony w ten sposób obłoczek można otrzymać na zwykłej błonie kliszy fotograficznej po usunięciu z kliszy emulsji. Posiadamy w naszych zbiorach utrwalone na takich kliszach obłoczki, które przechowują się w dobrym stanie przeszło rok.

Nasz sposób utrwalania obłoczka pozwala kontrolować drożność nosa przez dłuższy czas u tego samego osobnika i ustalać zachodzące zmiany drożności nosa zapomocą porównywania uzyskanych w różnym czasie obłoczków. Jednakże i ten najlepszy ze stosowanych przez nas dotychczas sposobów nie jest bardzo dokładny, chociaż z dużem powodzeniem może być stosowany w celu ustalania w praktyce stopnia drożności nosa w przypadkach gdzie nie zależy na ścisłej dokładności. Pewne niedokładności tego sposobu, nie odgrywające zresztą w praktyce większego znaczenia, zależą od trudności zasypywania powstałego obłoczka w chwili tworzenia się jego największych wymiarów. Obłoczek szybko zaczyna znikać i wielkość utrwalonego obłoczka zależy w znacznym stopniu od tego, w jakiej chwili od początku powstania obłoczek został zasypany gumą arabską. Oddychanie nosem na płytę, pokrytą zawczasu warstwą gumy arabskiej celem utrwalenia największych wymiarów obłoczka w naszych badaniach okazało się niepraktyczne, gdyż przytem para wodna nie dostaje się przez warstwę proszku do powierzchni płyty i nie przykleja do niej proszku gumy. W tym jak i w innych sposobach zasypywania proszkami na brzegach obłoczka, w miejscach najmniejszej ilości pary wodnej nawet łatwo przyklejające się cząsteczki gumy arabskiej mają zbyt mało wilgoci do przyklejania się. Naogół podany przez nas sposób dla lekarza praktyka jest wystarczający, w ścisłych zaś badaniach naukowych do czasu wynalezienia lepszego sposobu może oddać znaczne usługi.

Z Kliniki Oto - laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. *T. Zalewski*

Reakcja skórna w twardzieli.

Dr. J. JANKOWSKI
b. st. asystent kliniki
chorób wewnętrznych.

Dr. G. WOLNER
b. st. asystent kliniki
Oto - laryngologicznej.

W pracach dotychczasowych o twardzieli, które mają za zadanie zbadanie ustroju chorego na twardziel *(Burak* i inni) prawie zupełnie pominięto problem allergji wobec wywoływacza. Szereg autorów *(Friedel, Pick, Soukoup, Abramowicz* i *Biernacki,* ostatnio zaś *Neuber)* przeprowadzał próby skórne, używając do nich antigenu przez się sporządzanego, względnie toksyn bakteryjnych. Podczas, gdy jedni donoszą o wynikach ujemnych, to inni (*Biernacki* i zwłaszcza *Neuber)* mieli otrzymywać wyniki pozytywne. Badania te jednak dotyczyły tylko allergji skóry, nie zajmowały się one zupełnie allergją ogólną organizmu.

Poznanie, jakie jest ustosunkowanie całego organizmu chorego na twardziel wobec specyficznego wywoływacza, jaka jest różnica pod tym względem między organizmem chorym a zdrowym, ma pierwszorzędne znaczenie.

Zaraźliwość twardzieli, jak wiadomo, jest bardzo niewielka. Osobniki, przebywające czas dłuższy w otoczeniu chorego, członkowie ich rodzin, wykazują bardzo rzadko zmiany twardzielowe. Spotykamy też przypadki, u których z wydzieliny górnych dróg oddechowych można wyhodować prątki twardzieli, które jednak nie okazują żadnych klinicznych objawów, a odczyn serologiczny daje wynik ujemny.

Twardziel charakteryzuje się tem, że zmiany chorobowe ograniczone są tylko do górnych dróg oddechowych lub jamy ustnej; nigdy nie widziano u ludzi zmian twardzielowych w narządach wewnętrznych, ani nie stwierdzano prątków *Frischa* we krwi. Przeszczepienie twardzieli na skórę nie jest wykluczone, jak o tem świadczyć może przypadek, ogłoszony przez *Dobrzańskiego* i *Goldschlaga* (Dermatologische Wochenschrift Nr. 50, tom 89, rok 1929). U człowieka więc sprawa ta ma charakter sprawy lokalnej, jednak czynnik zakaźny musi wywoływać pewne zmiany w całym ustroju, o czem świadczą chociażby dodatnie wyniki prób serologicznych. Powstaje pytanie, czy istnieje różnica w reakcji organizmu na antigen twardzielowy u człowieka chorego i u zdrowego.

W badaniach naszych nad odmiennem oddziaływaniem ustroju chorych na twardziel wobec prątka, który można uważać na podstawie obecnych badań za wywołujący to schorzenie, posługiwaliśmy się jako wywoływaczem objawów allergicznych zawiesiną zabitych prątków Frischa. Zawiesinę tę otrzymywaliśmy z Państwowego Zakładu Higjeny, Oddział Lwów, pozostającego pod kierownictwem Prof. *Gąsiorowskiego.*

JWP. Profesorowi *Gąsiorowskiemu,* jako też Jego asystentom D-rom *Meislowi* i *Mikolaszkowi,* w tem miejscu serdecznie dziękujemy za uprzejme każdorazowe dostarczanie nam materjału do naszych badań.

Zawiesinę tę sporządzano w ten sposób: ze świeżej 24-godzinnej hodowli agarowej pobierano 1 oczko hodowli na 1 cm roztworu fizjologicznego soli kuchennej, zawiesinę tę karbolizowano do 0.5% zawartości fenolu, następnie zapomocą podgrzewania na łaźni wodnej przy temperaturze 60^0 C. zabijano bakterje, zawiesinę nalewano do ampułek i zatapiano hermetycznie. W ten sam sposób przygotowano antigen ze szczepu bezotoczkowego, który uzyskiwano metodą *Meisla* i *Mikolaszka.*

Prace nasze nad różnicą odczynu na wywoływacz twardzielowy u osobników zdrowych i chorych na twardziel, zaczęliśmy od prób skórnych.

Próby skórne wykonywaliśmy w następujący sposób: z wyżej opisanej zawiesiny prątków twardzielowych sporządzaliśmy rozcieńczenia w stosunku 1:5, 1:10, 1:20, 1:50, 1:100 i 1:500 z tych rozcieńczeń, jakoteż z pierwotnej zawiesiny wstrzykiwaliśmy 0.1 cm^3 wśródskórnie po stronie zginaczy w skórę przedramienia. W większości przypadków, w ciągu godziny po wstrzyknięciu występował mały, regularny bąbel i zaróżowienie. Po 24 godzinach zależnie od stopnia reakcji, objawy albo znikały, albo przybierały na intensywności: bąbel był większy, zaczerwienienie intensywniejsze i rozleglejsze. Po 48 godzinach reakcja przeważnie się już cofała, pozostawiając w skórze nacisk, który utrzymywał się różnie długo jako guzek wyczuwalny w skórze.

Badając odczyn skórny na zawiesinę, lub wyciąg z drobnoustrojów, musimy się liczyć z faktem, że materjał, który wstrzykujemy w skórę, oprócz substancyj swoistych zawiera szereg substancyj, które w sposób nieswoisty drażnią skórę. Samo białko bakteryjne drażni skórę, nie mówiąc już o ułamkach białka i produktach przemiany materji bakteryj, które przechodzą do szczepionek. Wyżej opisanych

rozcieńczeń używaliśmy w tym celu, aby dojść do takiego rozcieńczenia, w którem ten czynnik nieswoisty byłby za słaby, aby wywołać reakcję. Inni autorowie tej metody w swych badaniach nie uwzględnili. Jeśli zaś chodzi o czynnik swoisty, to wiemy, że naogół w wypadkach uczuleń przy allergji, nawet dość znaczne rozcieńczenia swoistego wywoływacza dają odczyn skórny dodatni przy zastrzyku doskórnym.

Badania nasze przeprowadziliśmy na 36 przypadkach twardzieli w rozmaitych postaciach klinicznych, w różnych ich stadjach i na 17-tu przypadkach kontrolnych. Przypadki kontrolne obejmowały 2 przypadki raka krtani, pozatem uzdrowieńców po wyłuszczeniu migdałków i zabiegach usznych, oraz kilka przypadków z przewlekłemi nieżytami górnych dróg oddechowych, którzy jednak z twardzielą nigdy nic wspólnego nie mieli. Odczyn B. G. i badanie wydzieliny nosa tych chorych wypadały ujemnie, nie mówiąc już o tem, że badanie kliniczne nie wykazało żadnych zmian mogących nasuwać podejrzenie na twardziel. Ludzie ci nie pochodzili z okolic, w których zdarzały się przypadki twardzieli, możliwość zaś infekcji względnie uczulenia w obrębie kliniki możemy absolutnie wykluczyć.

Ażeby wykluczyć w obserwacjach odczynu skórnego moment subjektywny w ocenie, czy dana reakcja jest dodatnia lub ujemna, postępowaliśmy w ten sposób, że zawsze w tych samych odstępach czasu wymierzaliśmy dokładnie w centymetrach, dwie średnice bąbla i dwie średnice zaczerwienienia. Intenzywność zaś zaczerwienienia staraliśmy się oddać znakami: + —, + +, +++, —, Reakcje odczytywaliśmy w 10 minut po zastrzyku, w godzinę po zastrzyku w 12 godzin, w 48 godzin i t. d. zależnie od długości trwania reakcji. W próbach skórnych, jeśli używamy białka bakteryjnego, najbardziej miarodajnym jest wynik po 24 godzinach; przy niebakteryjnej allergji odczyn skórny występuje w ciągu 1/2 godziny i utrzymuje się zaledwie parę godzin. Dla dokładności więc w badaniach naszych uwzględniliśmy też natychmiastowe reakcje. Na zastrzyk antigenu nierozcieńczonego reagowała skóra tak osobników chorych na twardziel, jak i zdrowych, prawie w każdym przypadku. Reakcja utrzymała się przez szereg godzin, najsilniejsza była przeważnie po 12 godzinach. Osobniki ze słabą reakcją zdarzały się częściej wśród zdrowych, jednakowoż i wśród chorych na twardziel widzieliśmy przypadki o słabej reakcji. Jedną z najsilniejszych i najtrwalszych reakcyj widzieliśmy u osobnika chorego na rak krtani. W przypadku tym guzek w miejscu zastrzyku można było stwierdzić przez 17 dni. W innych przypadkach u ludzi wolnych od twardzieli odczyn trwał różnie długo: 48 do 108 godzin.

U ludzi chorych na twardziel odczyn na nierozcieńczony antigen trwał także różnie długo: 48 do 180 godzin. Wynikałoby, że naogół osobniki chore na twardziel są skłonniejsze do mocniejszej i długotrwałej reakcji, jednakowoż wyraźnych różnic niema, gdyż tak wśród jednej, jak i drugiej grupy zdarzają się osobniki, które słabiej reagują, jak i takie które silnie reagują.

Zestawiając stosunek reakcyj skórnych u chorych na twardziej do odczynu B. G., widzimy, że niema tutaj żadnej równoległości, Widzimy np. u chorego, u którego B. G. jest 1:10 + +, a już 1:25 + —, guzek utrzymywał się przez dni 18, a u innego z odczynem B. G. 1:400 + objawy skórne znikły po 24 godzinach. Bywało też i odwrotnie. Według naszych badań, reakcja skórna na zawiesinę prątków niema wartości diagnostycznej. Badania nasze stoją w przeciwieństwie do ostatnich wyników *Neubera*. *Neuber* przeprowadził badania na dwóch przypadkach twardzieli i podaje, że ludzie chorzy na twardziel wykazywali odczyn skórny jeszcze po 5 dniach, podczas gdy u zdrowych odczyn znikał po 24 godzinach. Z tego powodu *Neuber* odczynowi skórnemu przypisuje dużą wartość rozpoznawczą.

Odnośnie do odczynu na antigen rozcieńczony należy zaznaczyć, że tą drogą nie uzyskaliśmy takiego rozcieńczenia, któreby nieomylnie nie dawało reakcji u ludzi zdrowych, a dawało u ludzi chorych. Rozcieńczenie 1:40 dawało naogół bardzo słabe reakcje W paru przypadkach jeszcze w rozcieńczeniu 1;500 widzieliśmy po 12 godzinach odczyn w postaci zaróżowienia. Zaznaczyć należy, że jednym z tych przypadków był osobnik wolny od twardzieli.

Oprócz antigenu z otoczką (C) używaliśmy antigenu bezotoczkowego (N), przypuszczając, że może otoczka zawiera te substancje nieswoiste, drażniące skórę. I tego antigenu bezotoczkowego używaliśmy w zwiększających się rozcieńczeniach, na tych samych przypadkach (36 przypadków twardzieli i 17 kontrolnych), na tej samej ręce obok antigenu otoczkowego.

Zestawiając reakcje skórne na antigen C i antigen N, stwierdziliśmy, że reakcja po N występowała szybciej, niż po C, była intensywniejsza, jednakowoż trwała nieco krócej niż po C. Próby w rozcieńczeniach antigenu N, dawały nam wyniki podobne jak przy C to znaczy i tutaj nie mogliśmy dojść do takiego rozcieńczenia, któreby w większej ilości przypadków dawało nam inne odczyny u chorych, a inne u zdrowych.

Badając w każdym przypadku twardzieli po zastrzyku wśródskórnym antigenu zachowanie się zmian twardzielowych, nie mogliśmy w żadnym z nich stwierdzić reakcji ogniskowej w postaci zwilgotnienia, względnie przekrwienia nacieków, które miał spostrzegać *Neuber*.

Zbierając wyniki naszych badań, stwierdzamy, że antigen twardzielowy, przez nas używany, zawiera substancje, które drażnią skórę w sposób nieswoisty. Allergja skóry, o ile istnieje, kryje się wśród tych nieswoistych odczynów. W każdym razie nie może być ona zbyt wielka, jeżeli w doświadczeniach z rozcieńczeniami antigenu nie udało się jej wyraźnie na jaw wydobyć.

Już po ukończeniu naszych badań *Zarickij* ogłosił wyniki swoich badań nad reakcją skórną w twardzieli na przesącz kultury laseczek *Frischa* na 56 przypadkach chorych, z których u 52 była pewna twardziel. Autor ten na podstawie swoich badań dochodzi do wniosku, że odczynu skórnego nie można uważać za swoisty dla twardzieli. (Przegląd Otolaryngologiczny Tom XI, zeszyt I).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. (Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło*).

O amputacji nagłośni.

Doc. Dr. BENEDYKT DYLEWSKI.

Ścięcie nagłośni należy do zabiegów dość często dokonywanych w klinice otolaryngologicznej. Najwięcej przypadków, nadających się do amputacji nagłośni, mamy pośród chorych na nowotwory, a przedewszystkiem na gruźlicę krtani. Niekiedy jednak amputacja nagłośni bywa wskazana i z dobrym wynikiem dokonywana w przypadkach zdrowej, lecz nieprawidłowo rozwiniętej, zniekształconej, wąskiej lub zbyt pochylonej nad krtanią, a przez to utrudniającej oddychanie nagłośni (*Ignauer*). W przypadkach duszności wskutek nieprawidłowego kształtu, ułożenia lub obrzmienia nagłośni ścięcie jej zastępuje tracheotomję (*Freudenthal*). W gruźlicy krtani zabieg ten stosuje się często w celu zmniejszenia po amputacji nagłośni dysfagji, bolesnego połykania, przybierającego nieraz takie nasilenie, że chorzy odmawiają przyjmowania pokarmów. Tacy chorzy po ścięciu nagłośni znów mogą dobrze odżywiać się i nieraz szybko poprawiają się na zdrowiu. Ważnym czynnikiem, przemawiającym na korzyść ścięcia nagłośni jest również ustąpienie po tym zabiegu męczącego, niebez-

piecznego dla chorych na gruźlicę krtani i płuc zachłystywania się pokarmami. Niektórzy autorowie (*Büch, Freudenthal*) uważają za wskazane ścięcie nagłośni również celem uwidocznienia zasłoniętych przez nagłośnię głębszych, chorobowo zmienionych części krtani, które w ten sposób stają się dostępne dla bezpośredniego leczenia.

Większość autorów zalicza amputację nagłośni do zabiegów łatwych, biezpiecznych i nie dających powikłań pooperacyjnych, a wpływających dodatnio zarówno na ogólny stan chorego, jako też i na gojenie się miejscowych zmian w krtani. Są jednak spostrzeżenia (*Merenson*), że w niektórych przypadkach ścięcie nagłośni może spowodować zaostrzenie i uogólnienie procesu gruźliczego. *Frcudenthal* wskazuje na możliwość wystąpienia po tym zabiegu, jak i po innych operacjach krtaniowych, krwawień płucnych, zwłaszcza w przypadkach z dużemi zmianami w płucach. Autor ten, rozporządzający dużym materjałem chorych na gruźlicę krtani i płuc, obecnie coraz rzadziej stosuje amputację nagłośni, bo w wielu przypadkach nie widział polepszenia po tym zabiegu, a nieraz notował nawet pogorszenie..

W Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. zebrałem 27 przypadków całkowitego, lub też częściowego ścięcia nagłośni, które rzucają pewne światło na kwestję celowości i skuteczności tego zabiegu. W 21 przypadku dokonano amputacji nagłośni u chorych na gruźlicę krtani i płuc, przyczem jednem z najgłówniejszym wskazań była dysfagja, utrudniająca i upośledzająca odżywianie chorych. W 6 pozostałych przypadkach operowano zmienioną nagłośnię u chorych z nowotworami krtani, przeważnie celem pobrania do badania histologicznego większej ilości chorej tkanki lub też celem ułatwiania upośledzonego oddychania, powstałego wskutek zwężenia krtani przez obrzmiałą nagłośnię. U wszystkich chorych z nowotworami krtani nie zanotowaliśmy po ścięciu nagłośni. ujemnego wpływu tego zabiegu ani na miejscowy przebieg choroby, ani też na ogólny stan chorego. W żadnym z tych przypadków nie było również powikłań pooperacyjnych. W przypadkach zaś gruźlicy krtani i płuc wynik amputacji nagłośni oraz wpływ tej operacji na ogólny i miejscowy stan chorego bywał różny u poszczególnych chorych. Na podstawie obserwacyj naszej Kliniki zabieg ścięcia nagłośni nie może być zaliczony do rzędu operacyj zupełnie bezpiecznych, nie dających powikłań, jak to utrzymuje większość autorów. Ustaliło się przekonanie, że nawet po głębokiej amputacji nagłośni krwawienie bywa nieznaczne i samo szybko ustępuje, gdyż w obrębie nagłośni niema większych naczyń tętniczych.

(*Büch*). W naszej pracy klinicznej mieliśmy trzy obfite krwotoki po prawidłowo dokonanem przez doświadczonych lekarzy ścięciu nagłośni bez uszkodzenia sąsiednich narządów i tkanek. We wszystkich przypadkach ranę pooperacyjną nagłośni zwykle przypalano jeszcze galwanokaustycznie.

Niżej podajemy wyciągi z historyj chorób wspomnianych przypadków.

Przypadek I M. Józef, 29 lat 4 XI 24. *Tuberculosis laryngis.* W płucach większych zmian nie stwierdzono. Stan krtani: nacieczenie prawej połowy nagłośni oraz prawej nalewki, która w znacznej mierze zasłania wejście do krtani. 6.XI 24. W znieczuleniu miejscowem zapomocą gilotyny ścięto część nagłośni. Natychmiast po operacji wystąpił silny krwotok. Choremu Prof. Szmurło założył do krtani długą, giętką, metalową rurkę Kuhna przeznaczoną do podawania narkozy inhalacyjnej bezpośrednio do tchawicy bez nakładania maski na twarz chorego. Dokoła tkwiącej w krtani, służącej do oddychania rurki Kuhna szczelnie zatamponowano całe gardło dolne i wejście do krtani i w ten sposób zatamowano krwawienie. Następnego dnia tampony i rurkę z krtani usunięto. Krwawienie więcej nie powtórzyło się.

Przypadek II. K. Faustyn, 27 lat. 24.XII-30 *Tuberculosis plm. et laryngis.* W płucach przytłumienie odgłosu opukowego nad prawym szczytem. Zaostrzenie wdechu nad obu szczytami. Ciepłota przed amputacją nagłośni podgorączkowa do 37,6^0. Krtań: znaczny naciek i owrzodzenie nagłośni i więzadeł rzekomych. Obrzęk prawej nalewki. Bóle podczas połykania. 3.I-31. Ścięto część nagłośni i przypalono ranę galwanokaustycznie. W 6 godzin po operacji wystąpił obfity krwotok. Chory bez przerwy wypluwał znaczną ilość świeżej krwi i co kilka minut wymiotował krwią. Miejscowo, przez jamę ustną zatrzymać krwotoku nie udało się. Dokonano wówczas tracheotomji i zatamponowano wejście do krtani i całe gardło. W ciągu kilku godzin sączyła się jeszcze krew przez przesiąknięte krwią tampony w gardle. 4.I-31. Krzepliwość krwi chorego 4 minuty. Usunięto tampony z gardła. Po operacji ustaliła się septyczna ciepłota. Rana po tracheotomji oraz na nagłośni atoniczna, nie wykazuje skłonności do gojenia się. W krtani nacieki i owrzodzenia nie ustępują. W 2 tygodnie po amputacji nagłośni wystąpiło surowicze zapalenie opłucny po stronie prawej, które następnie przekształciło się w zapalenie ropne. Po 7 tygodniach pobytu w Klinice przeniesiono

chorego na oddział gruźliczy szpitala zakaźnego w ciężkim stanie, z niezagojoną jeszcze raną na szyi i bez poprawy stanu krtani.

W powyższym przypadku jako powikłanie po amputacji nagłośni wystąpił obfity krwotok, zmuszający do wykonania tracheotomji. Upływ krwi oraz sam zabieg operacyjny niewątpliwie zmniejszył siły obronne ustroju, wskutek czego nastąpiło ogólne i miejscowe pogorszenie sprawy chorobowej.

Przypadek III. K. Fiszel, 52 lat. 19.XI-34. *Tuberculosis plm et laryngis*. Płuca: odgłos opukowy jawny z odcieniem bębenkowym od lewego obojczyka do dolnej granicy lewego płuca. Przytłumienie nad całym górnym prawym płatem. Oddech oskrzelowy nad całem płucem lewem i szczytem prawym, trzeszczenia nad szczytem lewym, ograniczone rzężenia w dolnej części płuca prawego. W plwocinie znaleziono po 3—5 prątków gruźliczych w każdem polu widzenia. Krtań: Nacieczenie nagłośni i tylnej ściany, nalewki obrzmiałe. Struny prawdziwe zgrubiałe i przekrwione. Połykanie bolesne. 22.XI-34. Po znieczuleniu krtani 10% kokainą z adrenaliną ścięto nagłośnię zapomocą podwójnej kiurety, brzegi rany przypalono galwanokauterem. Krwawienie po operacji mierne. W 3 godziny po operacji wystąpiło obfite krwawienie, które udało się zatrzymać po założeniu do krtani rurki *Kuhna* i następczem wytamponowaniu gardła dolnego. Po 24 godzinach usunięto rurkę i tampony. Dalszy przebieg choroby i gojenia rany prawidłowy. Chory wypisał się z Kliniki w stanie polepszenia.

W trzech podanych wyżej przypadkach po amputacji nagłośni wystąpiło silne krwawienie, przyczem w 2-ch przypadkach krwawienie zjawiło się dopiero w kilka godzin po operacji.

W piśmiennictwie znalazłem tylko jedną wzmiankę *(Meyer* w podręczniku *Denkera* i *Kahlera)* o przypadku znacznego krwawienia po ścięciu nagłośni. Powikłanie to występuje więc częściej niż dotychczas przypuszczano (w naszych przypadkach 3 razy na 21 operacyj ścięcia nagłośni u gruźlików) i powinno być zaliczone do rzędu powikłań poważnych. Nieuniknione w tych razach zalewanie się krwi do oskrzeli niewątpliwie przyczynia się do pogorszenia istniejącej gruźlicy płuc, z tego też powodu nawet nieduże i krótkotrwałe krwawienia, nie zaliczane zwykle do powikłań, a stale występujące po każdej amputacji nagłośni są niebezpieczne dla chorych gruźliczych i powinny być brane pod rozwagę. Same zabiegi, stosowane celem zatrzymania krwawienia po operacji ścięcia nagłośni również ujemnie wpływają na gojenie się sprawy chorobowej w krtani. W przypadkach nieco

większego krwawienia, gdzie jest niemożliwe przypalenie krwawiącego miejsca, albo podwiązanie naczynia najlepszym, zdaje się, sposobem jest użyte poraz pierwszy u nas przez prof. *Szmurłę* i wyprobowane przez nas w dwuch następnych przypadkach wprowadzenie do krtani celem umożliwienia oddychania długiej, giętkiej rurki *Kuhna* z następczem wytamponowaniem dokoła rurki wejścia do krtani i gardła dolnego. Niekiedy krwawienie z kikuta nagłośni zatrzymuje się bez tamponowania, od samego ucisku rurki na pozostałą część nagłośni i podstawę języka. Zakładanie jednakże i utrzymywanie rurki w krtani przez 12 — 24 godziny maltretuje uciskane tkanki zakłóca miejscowy krwioobieg i może powodować powstawanie odleżyn. W obserwowanych przez nas przypadkach amputacji nagłośni występowanie krwawień nie zależało od rodzaju używanych do operacji narzędzi. Zalecane przez wielu autorów (*Coulet, Merenson, Samengo* i inni) używanie do amputacji nagłośni gorącej pętli i elektrokaogulacji tłumaczy się prawdopodobnie obawą przed krwawieniem pooperacyjnem.

Przypadek IV. B. Jan, 32 lat. 6.II-35. *Tuberculosis plm et laryngis*. Ciepłota ciała normalna. Odżywianie dobre. Płuca: przytłumienie nad szczytem prawym, odgłos opukowy jawny na pozostałej powierzchni płuc z odcieniem pudełkowym w płatach dolnych. Nad obu szczytami zaostrzony wdech z wydłużonym wydechem. Nad szczytem prawym wysłuchuje się trzeszczenia, nad pozostałą powierzchnią płuca prawego oddech osłabiony. Prątków gruźliczych w plwocinie nie stwierdzono. Odczyn *Biernackiego* 45 mm. Krtań: nacieczenie nagłośni, tylnej ściany i prawej nalewki. Nacieczenie i owrzodzenie lewego więzadła rzekomego i prawdziwego. 16.III-35 w znieczuleniu miejscowem dokonano ścięcia nagłośni. Zapomocą epigłottotomu ścięto z początku lewą połowę nagłośni. Krwawienie minimalne. W chwili przystąpienia do amputacji drugiej połowy nagłości chory nagle dostał silnego napadu duszności o charakterze wdechowym. Ogarnięty lękiem chory odtrącił lekarza i zaczął uciekać z sali operacyjnej, lecz powstrzymany przez obecnych na sali studentów upadł na podłogę z objawami sinicy. Z wielkim trudem wprowadzono choremu do krtani pod kontrolą palca rurkę *Kuhna*, poczem oddech natychmiast poprawił się. Po pięciu minutach rurkę z krtani usunąłem, będąc przygotowanym do powtórnego jej włożenia w razie powtórzenia się napadu duszności. Chory oddychał potem zupełnie swobodnie. Wziernikowanie krtani wykazało brak lewej połowy nagłośni do podstawy języka, krwawienia brak. Krtań zupełnie drożna jak i przed operacją. W obawie przed ponownym atakiem

duszności drugiej połowy nagłośni nie operowałem. W dalszym ciągu leczenia chory znacznie poprawił się, przybył na wadze 7 kgr., bóle podczas połykania ustąpiły, owrzodzenia w krtani oczyściły się, pozostało tylko mierne nacieczenie strun rzekomych i prawdziwych. Chory wypisał się w stanie znacznego polepszenia. W tym przypadku wystąpiło niespotykane w piśmiennictwie powikłanie po amputacji nagłośni w postaci napadu duszności, spowodowanym najprawdopodobniej odruchowym, pooperacyjnym skurczem krtani.

Przypadki wyżej podane, świadczą, że amputacja nagłośni jest zabiegiem poważnym, wymagającym specjalnej klinicznej obserwacji, gdyż powikłania mogą wystąpić nawet w kilka godzin po operacji. Trzej z opisanych wyżej chorych wypisali się z poprawą ogólną i miejscową, w jednym zaś przypadku nastąpiło znaczne pogorszenie. Naogół z pośród 21 chorych z gruźlicą krtani w większości (15) przypadków po amputacji nagłośni zanotowano poprawę. Podana niżej tablica pozwala zestawić stan ogólny chorych oraz miejscowy stan krtani ze stopniem poprawy, stwierdzonej po amputacji nagłośni *(patrz tablicę Nr. 1)*.

Widzimy z tablicy, że rozległe zmiany gruźlicze w krtani nie pogarszają rokowania co do poprawy. W naszych 15 przypadkach z poprawą po amputacji nagłośni tylko u 3-ch chorych była lżejsza, naciekowa postać gruźlicy, w większości zaś (12) przypadków zanotowano postać gruźlicy naciekowo-wrzodziejącą z rozległemi zmianami jednocześnie w różnych częściach krtani. Zmiany, ograniczone do samej nagłośni, zaobserwowano tylko w 3 ch przypadkach. Prątki gruźlicze w plwocinie oraz cięższe, rozpadowe zmiany w płucach (phtisis plm. fibro-caseosa) stwierdzono u 7 chorych. Przeważna zaś część chorych tej grupy wykazywała zmiany włókniste (phtisis plm fibrosa). Stopień odżywiania u większości tych chorych nie był bardzo upośledzony. Z tablicy daje się zauważyć wyraźny wpływ ogólnego stanu zdrowia na stopień miejscowej i ogólnej poprawy chorych po amputacji zmienionej gruźliczo nagłośni.

Zupełne ustąpienie dysfagji po amputacji nagłośni stwierdzono tylko u 3-ch, dobrze odżywianych chorych. U dwuch z nich zmiany gruźlicze dotyczyły prawie wyłącznie samej nagłośni, w trzecim zaś przypadku nacieczenie i owrzodzenie były również na więzadłach wrzekomych i prawdziwych. W większości (12) przypadków dysfagja nie znikła całkowicie, a tylko zmniejszyła się, niekiedy na czas stosunkowo krótki. Miejscowa poprawa nacieków i owrzodzeń w krtani po amputacji nagłośni nastąpiła we wszystkich 15 przypadkach przy jednoczesnem stałem kontynuowaniu ogólnego i miejscowego leczenia.

L. p.	Odżywianie	Ciepłota ciała	Stan płuc	Prątki Kocha	Postać gruźlicy krtani naciekowa				
					Nagłośnia	Nalewki	Tylna ściana	Więzadła rzekome	Więzadła prawdziwe
1	średnie	podgorączkowa do 37,6°	phtisis plm. fibrosa incip. lobi utriusque	—	—	—	—	—	—
2	złe	podgorączkowa do 37,2°	phtisis plm. fibro-caseosa declarata plm. utriusque	+	nacieczenie	—	—	—	—
3	dobre	podgorączkowa do 37,6°	phtisis plm. fibro-caseosa declarata plm. utriusque	+	—	—	—	—	—
4	złe	podgorączkowa do 37,6°	phtisis plm. fibrosa incip. l. plm. utr.	—	—	—	—	—	—
5	średnie	podgorączkowa do 38,0°	induratio apicis plm. utriusque	—	—	—	—	—	—
6	złe	podgorączkowa do 38,0°	phtisis plm. fibrosa lobi plm. dextri	—	—	—	—	—	—
7	średnie	podgorączkowa do 37,7°	phtisisp lm. fibro-.aseosa declarata plm. utriusque	—	—	—	—	—	—
8	złe	podgorączkowa do 37,7°	induratio apicis l. plm. utriusque	—	—	—	—	—	—

Tablica № 1

Postać gruźlicy naciekowo-wrzodziejąca					Dalszy miejscowy i ogólny stan chorego po amputacji nagłośni
Nagłośnia	Nalewki	Tylna ściana	Więzadła rzekome	Więzadła prawdziwe	
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	—	—	—	Odczyn miejscowy pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejszyła się. Waga chorego—bez zmian.
—	—	—	—	(w gardle owrzodzenia)	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejszyła się, w krtani poprawa, lecz w gardle nacieki gruźlicze rozszerzyły się. Pogorszenie ogólne, spadek wagi.
nacieczenie	nacieczenie	nacieczenie	nacieczenie	nieruchoma	Dość znaczny lecz krótkotrwały obrzęk pooperacyjny śluzówki całej krtani. Wyraźne polepszenie ogólne i miejscowe. Chory przybył na wadze. Dysfagja mniejsza.
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	—	—	(gruzełki na prawym łuku tylnym w gardle)	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja mniejsza. Waga chorego bez zmian.
nacieczenie i owrzodzenie	—	—	—	nacieczenie i owrzodzenie	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejszyła się. Chory spadł na wadze.
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie i owrzodzenie	—	—	—	Odczyn pooperacyjny średni, dysfagja zmniejszyła się, lecz stan ogólny i miejscowy w krtani pogorszył się. Chory znacznie spadł na wadze.
nacieczenie i owrzodzenie	—	—	—	—	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zupełnie znikła, znaczna ogólna i miejscowa poprawa. Chory przybył na wadze.
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	nacieczenie	nacieczenie	nacieczenie	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejszyła się. Polepszenie stanu krtani, lecz na wadze chory spadł pomimo zmniejszenia dysfagji i lepszego odżywiania.

L. p.	Odżywianie	Ciepłota ciała	Stan płuc	Prątki Kocha	Postać gruźlicy krtani naciekowa				
					Nagłośnia	Nalewki	Tylna ściana	Więzadła rzekome	Więzadła prawdziwe
9	średnie	normalna	phtisis plm. fibro-caseosa declarata plm. dextri	+	—	—	—	—	—
10	złe	podgorączkowa do 37,9°	phtisis plm. incip. l. plm. dextri	—	—	—	—	—	—
11	złe	podgorączkowa do 38,0°	phtisis plm. fibro-caseosa declarata plm. utriusque	+	—	—	—	—	—
12	złe	podgorączkowa do 37,6°	phtisis plm. fibro-caseosa declarata plm. utriusque	+	—	—	—	—	—
13	dobre	podgorączkowa do 37,8°	phtisis plm. incip. l. plm. utriusque	—	naciekzenie	naciekzenie	—	—	—
14	średnie	podgorączkowa do 37,3°	phtisis plm. fibro-caseosa manifesta l. plm. utriusque	+	nacieczenie	nacieczenie	nacieczenie	—	—
15	dobre	normalna od czasu do czasu podgorączkowa do 37,3°	phtisis plm. fibrosa incipiens l. plm. utriusque	—	—	—	—	—	—

Postać gruźlicy naciekowo-wrzodziejąca					Dalszy miejscowy i ogólny stan chorego po amputacji nagłośni
Nagłośnia	Nalewki	Tylna ściana	Więzadła rzekome	Więzadła prawdziwe	
nacieczenie i owrzodzenie	—	zgrubienie	—	zgrubienie	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja znikła. Poprawa ogólna i miejscowa znacznego stopnia. Chory przybył na wadze.
nacieczenie i owrzo dzenie	—	—	—	—	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejsza się. Stan ogólny i miejscowy w krtani oraz waga chorego bez zmian.
—	—	nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	nacieczenie i owrzodzenie	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejszyła się. Znaczna ogólna i miejscowa poprawa. Chory przybył na wadze.
nacieczenie i owrzodzenie	—	nacieczenie	nacieczenie	nacieczenie i owrzodzenie	Odczyn pooperacyjny mały, dysfagja mniejsza. Poprawa ogólna i miejscowa. Chory przybył na wadze.
—	—	—	—	—	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja zmniejszyła się. Poprawa ogólna i miejscowa. Chory przybył na wadze.
—	—	—	—	—	Odczyn pooperacyjny mały, dysfagja zmniejszyła się, lecz na wadze chory spadł pomimo lepszego odżywiania i mniej bolesnego połykania.
nacieczenie	—	nacieczenie	nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie i owrzodzenie	Odczyn pooperacyjny nieznaczny, dysfagja znikła. Poprawa ogólna i miejscowa znacznego stopnia.

Największą miejscową poprawę w krtani stwierdzono u chorych stosunkowo dobrze odżywianych. Chorzy tacy w wielu z naszych przypadków wykazywali lepszą i szybszą skłonność do poprawy, niż chorzy ze znacznie mniejszemi zmianami w krtani i płucach, ale gorzej odżywiani. U chorych wyniszczonych gojenie się rany po amputacji nagłośni odbywa się zwykle bardzo powoli, często po przejściowem obrzmieniu i zaczerwienieniu kikuta nagłośni, a nieraz i śluzówki całej krtani. U chorych zaś lepiej odżywianych odczyn pooperacyjny jest nieznaczny, strupy szybko odpadają i rana łatwo bliznowacieje.

Ogólna poprawa i wzrost wagi po amputacji nagłośni również w ogromnej mierze zależy od stanu odżywiania chorego nawet przy dużych zmianach chorobowych w płucach i krtani. Połowa przypadków naszych, źle odżywianych chorych wykazywała po amputacji nagłośni tylko miejscową poprawę w krtani bez polepszenia ogólnego. Większość zaś chorych lepiej odżywianych wypisywała się z Kliniki po amputacji nagłośni z poprawą nietylko miejscową w krtani, lecz i ogólną. W jednym tylko przypadku (na ogólną liczbę 8 chorych stosunkowo nieźle odżywianych) poprawa po amputacji nagłośni ograniczyła się do zmian wyłącznie w krtani bez polepszenia stanu ogólnego. U chorych wyniszczonych z zanotowaną ogólną i miejscową poprawą ścięcie nagłośni nieraz powodowało z początku jeszcze większy dalszy spadek wagi i dopiero po pewnym czasie chory zaczynał się poprawiać. U osób lepiej odżywianych nie stwierdziliśmy takiego ujemnego wpływu w pierwszych dniach po amputacji nagłośni na wagę chorego.

Najbardziej rzuca się w oczy na podanej wyżej tablicy chorych z poprawą po amputacji nagłośni brak septycznej ciepłoty ciała, nawet przy rozległych zmianach gruźliczych zarówno w płucach, jak i krtani, co obok stanu odżywiania, również wskazuje na stosunkowo duży zapas sił obronnych ustroju. We wszystkich 15 przypadkach ciepłota ciała była podgorączkowa do 38,0^0. Jeden tylko chory (przypadek Nr. 2) po przybyciu do Kliniki z początku miał ciepłotę o charakterze septycznym, która jednak obniżyła się i ustaliła na ciepłocie podgorączkowej, tak że i w tym przypadku amputacja nagłośni została dokonaną przy ustalonej podgorączkowej temperaturze.

W 6 innych podanych niżej na tablicy przypadkach gruźlicy krtani po amputacji nagłośni nie stwierdzono poprawy ani miejscowej, ani ogólnej *(patrz tablicę Nr. 2).*

Zmiany w krtani w tej grupie chorych było różnego nasilenia. W 1-szym przypadku mieliśmy naciekową postać gruźlicy krtani,

w pozostałych — naciekowo-wrzodziejącą, w przypadkach NN 2 i 4 zmianami chorobowemi była objęta tylko nagłośnia. W obu naszych grupach chorych, zarówno w przypadkach zakończonych wyzdrowieniem, jak u chorych pozostałych po amputacji nagłośni bez poprawy obok ciężkich zmian w krtani były również i lekkie. Świadczy to, że rozległość zmian gruźliczych w krtani nie jest czynnikiem decydującym w postawieniu rokowania w przypadkach, nadających się do amputacji nagłośni. W większej mierze rokowanie zależy od stanu płuc. W grupie przypadków, zakończonych poprawą, większość chorych wykazywała stosunkowo nieduże zmiany w płucach, natomiast w innych przypadkach prawie wszyscy chorzy mieli rozległe, rozpadowe zmiany w płucach. Decydującym zaś czynnikiem w rokowaniu jest ogólny stan odżywiania chorego i ciepłota ciała. Prawie u wszystkich chorych, wypisanych z pogorszeniem po amputacji nagłośni, odżywianie było bardzo upośledzone, a ciepłota ciała septyczna, w przypadkach zaś, zakończonych polepszeniem, przeważająca większość chorych była nieźle stosunkowo odżywiana, a ciepłota ciała u wszystkich była tylko podgorączkowa bez dużych wahań.

Dysfagja w drugiej grupie chorych tylko w jednym przypadku (N 1) nakrótko zmiejszyła się, w pozostałych zaś przypadkach bóle podczas połykania trwały z dawną siłą, a niekiedy nawet wzmagały się. U chorych, wypisanych po amputacji nagłośni z poprawą, w ogromnej większości przypadków dysfagja również tylko zmniejszyła się, a nie ustąpiła zupełnie. Widzimy więc, że amputacja gruźliczo zmienionej nagłośni nie jest niezawodnym środkiem do zniesienia dysfagji, chociaż często w tym celu bywa przedsiębrana.

Jako pierwszy niepomyślny, pogarszający rokowanie objaw po amputacji nagłośni w przypadkach gruźlicy krtani występował nieraz zbyt silny miejscowy odczyn pooperacyjny w postaci zaczerwienienia i obrzmienia pozostałego kikuta nagłośni, a często i śluzówki całej krtani, (przydaki NN 1, 2, 5). W przypadku N 5 jedynie tylko chorej nagłośni wystąpił po operacji również obrzęk niezmienionych przedtem nalewek tak dużego stopnia, że wystąpiła duszność. Obrzmienia te mogą utrzymać się nieraz bardzo długo i przekształcać się w owrzodzenia (przypadek N 1). Jako drugi niepomyślny objaw po amputacji nagłośni zanotowaliśmy po operacji znaczne niekiedy podniesienie ciepłoty ciała oraz spadek wagi chorego, nawet w przypadkach, w których zabieg ten zmniejszał dysfagję i chorzy odżywiali się lepiej niż przed operacją. Wszystkie wskazane wyżej objawy po amputacji nagłośni, jak duży miejscowy odczyn pooperacyjny, złe goje-

L. p.	Odżywianie	Ciepłota ciała	Stan płuc	Prątki Kocha	Postać gruźlicy krtani naciekowa				
					Nagłośnia	Nalewki	Tylna ściana	Więzadła	
								rzekome	prawdziwe
1	złe	septyczna do 38,9⁰	Phtisis plm. fibro-caseosa declarata lobi plm. utriusque	+	naciečzenie	nacieczenie	nacieczenie	—	—
2	złe	septyczna do 39,8⁰	Phtisis plm. fibro-caseosa declarata l. plm. utriusque	—	—	—	—	—	—
3	złe	podgorączkowa do 37,6⁰	Phtisis plm. fibro-caseosa manifesta l. plm. utriusque	-	—	—	—	—	—
4	zle	septyczna do 39,5⁰	Phtisis pln. fibrosa declarata lobi plm. utriusque	+	—	—	—	--	—
5	złe	septyczna do 38,6⁰	Phtisis plm. fibrosa l. plm. utriusque	+	—	—	—	—	—
6	średnie	septyczna do 39,3⁰	Phtisis plm. fibrosa l. plm. utriusquc	—	—	—	—	—	—

Tablica № 2.

Postać gruźlicy naciekowo-wrzodziejąca					Dalszy miejscowy i ogólny stan chorego po amputacji nagłośni
Nagłośnia	Nalewki	Tylna ściana	Więzadła rzekome	Więzadła prawdziwe	
—	—	—	—	—	Bóle podczas połykania zmniejszyły się tylko na przeciąg 2-ch tygodni, a potem znów wystąpiły. Resztki ściętej nagłośni uległy trwałemu nacieczeniu.
nacieczenie i owrzodzenie	—	—	—	—	Rana pooperacyjna źle goi się. Wystąpił naciek na ściętej nagłośni. Ogólne pogorszenie. Dysfagja pozostała.
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	—	nacieczenie i owrzodzenie	—	Dysfagja nie ustąpiła. Rana pooperacyjna podgojona. Ogólne pogorszenie.
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	—	—	nacieczenie i owrzodzenie	Dysfagja nie ustąpiła. Następnego dnia po amputacji wystąpiło obrzmienie kikuta nagłośni, na którym wkrótce zjawiły się również ponownie i owrzodzenia. Pogorszenie ogólne.
nacieczenie i owrzodzenie	—	—	—	—	Dysfagja nie ustąpiła. Po amputacji wystąpił znaczny obrzęk kikuta nagłośni i nalewek, powodujący nawet duszność. Stan ogólny nieco poprawił się.
nacieczenie i owrzodzenie	nacieczenie	—	nacieczenie i owrzodzenie	—	Po amputacji nagłośni i tracheotomji z powodu krwawienia ogólne i miejscowe pogorszenie. Rany pooperacyjne w krtani i na szyi nie goją się.

nie się lub nawet pogorszenie stanu rany, podniesienie ciepłoty ciała i spadek wagi chorego — przemawiają za tem, że nawet taki stosunkowo drobny zabieg wyczerpuje siły obronne ustroju i może niekiedy powodować pogorszenie sprawy.

Streszczając wyniki niniejszej pracy dochodzę do wniosków, że:

1) W większości naszych przypadków po amputacji zmienionej gruźliczo nagłośni nastąpiła poprawa zarówno ogólna jako też i miejscowych zmian w krtani.

2) Amputacja chorej nagłośni nie jest niezawodnym środkiem na dysfagję.

W większości przypadków dysfagja tylko zmniejszyła się, ale nie ustępowała całkowicie, w 5 (na 21) przypadkach ścięcie nagłośni nie miało żadnego wpływu na zmniejszenie bólów podczas połykania, a niekiedy po tej operacji dysfagja nawet wzmagała się.

3) Amputacja nagłośni u chorych na gruźlicę krtani i płuc jest zabiegiem poważnym, zwłaszcza w przypadkach ciężkich mogącym niekiedy wyczerpać słabe siły obronne ustroju i spowodować pogorszenie zarówno miejscowe jak i ogólne.

4) Wbrew ogólnie przyjętym zapatrywaniom amputacja nagłośni nie jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym i może dawać poważne powikłania w postaci niekiedy obfitych krwawień oraz nagłego napadu duszności. Krwawienia po ścięciu nagłośni mogą występować nawet w kilka godzin po zabiegu.

5) Wrazie krwawienia poamputacyjnego najlepszy wynik daje użyte przez P. Szmurłę wprowadzenie do krtani rurki Kuhna i wytamponowanie wejścia do krtani i gardła dolnego.

6) Amputację nagłośni u chorych na gruźlicę krtani i płuc należy robić nie szablonowo, ale po dokładnem rozważeniu wszystkich przeciwwskazań.

7) Rozległość gruźliczych zmian w krtani nie stanowi przeciwwskazania do amputacji nagłośni.

8) Przeciwwskazaniem względnem są rozległe, duże rozpadowe zmiany w płucach.

9) Najgłówniejszem przeciwwskazaniem do amputacji nagłośni u chorych na gruźlicę krtani i płuc jest ogólny zły stan chorego, upośledzone odżywianie oraz septyczna, o dużych wahaniach, ciepłota ciała.

PIERWSZE DZIESIĘCIOLECIE DZIAŁALNOŚCI KLINIKI OTOLARYNGOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU STEFANA BATOREGO

opracował

Kierownik Kliniki Prof. Dr. *J. SZMURŁO* z udziałem Docentów st. asystentów Dr. *B. Dylewskiego* i *T. Wąsowskiego* i mł. asystentów Kliniki Dr. *J. Mazurka* i *N. Wołkowyskiego.*

W planie rozwoju Wydziału Lekarskiego U. S. B., otwartego w jesieni 1919 r. wykłady z otolaryngologji powinny były rozpocząć się w trymestrze jesiennym 1923 r. W istocie powołany w lipcu 1923 r. na katedrę otolaryngologji i na kierowknika Kliniki Otolaryngologicznej Prof. *Jan Szmurło* rozpoczął wykłady w listopadzie 1923 r. wygłoszeniem wykładu wstępnego p. t. *„Rola i znaczenie otolaryngologji w medycynie“* i obok systematycznie prowadzonych wykładów i zajęć praktycznych ze studentami przystąpił niezwłocznie do organizacji kliniki otolaryngologicznej na Antokolu. Wykłady były prowadzone początkowo w sali wykładowej Zakładu Higjeny U. S. B. następnie od 1924 r. w tymczasowem pomieszczeniu Kliniki, a od wiosny 1926 r. w sali wykładowej stałego lokalu kliniki, która w ciągu tego czasu została urządzona i przystosowana do potrzeb nauczania młodzieży akademickiej i do leczenia chorych z cierpieniami nosa, gardła i uszu. Na mocy układu, zawartego pomiędzy Ministerstwem W.R. i O. P., a Ministerstwem Spraw Wojskowych, kierownik kliniki Otolaryngologicznej pełni jednocześnie obowiązki Konsultanta Oddziału Uszno Gardlanego Szpitala Wojskowego, a starszy Ordynator Wojskowego Oddziału U-G. jest jednocześnie asystentem łącznikowym kliniki O.-L.

Personel pomoczniczonaukowy. Klinika O.-L. rozporządzała z początku jednym etatem starszego asystenta etatowego, jednym etatem młodszego asystenta płatnego z ryczałtu i jednym etatem asystenta łącznikowego. Od roku 1927 Klinika otrzymała drugi etat młodszego asystenta płatnego z ryczałtu. W ten sposób Klinika posiada jednego starszego asystenta etatowego, dwuch młodszych asystentów ryczałtowych i jednego wojskowego asystenta łącznikowego.

Stanowisko starszego asystenta etatowego do roku 1925 obejmował Dr. *Czesław Czarnowski,* a po jego odejściu od roku 1925 do końca 1933 dr. *Tadeusz Wąsowski.*

Obowiązki młodszych asystentów pełnili w porządku chronologicznym Dr. *Piotr Rozwadowski,* Dr. *Benedykt Dylewski,* Dr. *Kon-*

stanty Sawicz, Dr. *Jan Bielunas,* Dr. *Leopold Berlinerblau,* Dr. *Noach Wołkowyski,* Dr. *Józef Mazurek.*

W roku 1930—1931 młodszy asystent ryczałtowy Dr. *B. Dylewski* został mianowany starszym asystentem ryczałtowym.

Asystentami łącznikowymi byli od roku 1923 do 1927 Pułkownik lekarz *Florjan Feliks Świeżyński,* od roku 1927 do 1929 major lekarz *Piotr Rozwadowski,* od 1929 do 1930 major dr. *Michał Jurow,* a od r. 1930 do końca 1933 ponownie major lekarz *Piotr Rozwadowski.*

Wolontarjuszami byli: Dr. *B. Dylewski,* Dr. *Konstanty Sawicz,* Dr. *Jan Bielunas,* Dr. *Rymaszewski,* kpt. Dr. *W. Pakowski,* Dr. *L. Rywkind,* Dr. *Bajglowa,* Dr. *M. Marjenstrass,* Dr. *D. Kosakowski,* Dr. *Leopold Berlinerblau,* Dr. *Leon Wasilewski,* kpt. lekarz *Bolesław Gołyński,* Dr. *Ejnikowa,* Dr. *Noach Wołkowyski,* Dr. *B. Wieczorek,* Dr. *Józef Mazurek.*

Hospitantami — Dr. *Jan Bielunas,* Dr. *Noach Wołkowyski,* Dr. *B. Gołyński,* Dr. *L. Rywkind* i Dr. *Józef Mazurek.*

Laborantami — Dr. *Benedykt Dylewski* i Dr. *Konstanty Sawicz.*

Lokal. Na początku roku 1923/24 klinika rozporządzała do celów nauczania tylko wojskowym oddziałem usznogardlanym na 40 łóżek i małą izbą przyjęć, w której oprócz przyjęć chorych, zarówno wojskowych jak i cywilnych, należało również prowadzić zajęcia praktyczne ze studentami. Dla wykładów korzystano z sali wykładowej katedry higjeny, urządzonej w pomieszczeniu zakładu anatomji patologicznej. Chorych stałych umieszczano w klinice chirurgicznej, za zgodą jej kierownika. W końcu 1925 roku komenda szpitala oddała do dyspozycji kliniki pomieszczenie, składające się z 5 pokojów, w których urządzono: poczekalnię dla chorych, salę dla przyjęć ambulatoryjnych i zajęć praktycznych, salę wykładową, salę operacyjną i gabinet lekarski. Wreszcie w czerwcu 1926 r. klinika zainstalowała się we własnym gmachu, przerobionym dla tego celu z jednego z pawilonów wojskowych.

Klinika zajmuje budynek jednopiętrowy o dwóch skrzydłach. Pierwsze skrzydło dzieli się na trzy części: *zewnętrzną,* w której mieści się poczekalnia dla chorych, skład kliniczny, pokój siostry dyżurnej, *przychodnia* dla chorych przychodzących z ciemnią do prześwietlań i do wyświetlań fotograficznych, ustęp i składzik dla przechowywania różnych sprzętów gospodarczych, wreszcie *pokój* do stosowania terapji świetlnej i wogóle elektroterapji. Na początku części środkowej znajduje się *pokój dla asystentów,* kancelarja, za niemi zaś mieszczą się *sale chorych,* dwie większe (po 9 łóżek) i dwie

mniejsze (po 7 łóżek). Szerokie szklane drzwi dzielą tę część na dwie połowy: męską i żeńską. Pomiędzy obiema połowami znajduje się *pokój dla mniejszych operacyj*, a za nim *pokój opatrunkowy*. Z drugiej strony w przybudówce mieszczą się *ustępy i łazienki* dla *stałych chorych*. Do łazienki zzewnątrz przylega *kotłownia*, dostarczająca wody gorącej dla całego pawilonu. Za salami dla chorych, w tejże części środkowej mieszczą się jeszcze *trzy małe pokoje* (separatki) *dla ciężko chorych*, za niemi zaś *pokój przedoperacyjny*, *sala operacyjna*, wreszcie po drugiej stronie korytarza *gabinet profesora*. W skrzydle drugiem znajduje się szereg sal klinicznych przejściowych, wytworzonych z korytarza międzypawilonowego. A więc najprzód *pracownia kliniczna*, za nią *sala biblioteczna*, duża *sala dla zajęć praktycznych* skąd przechodzi się do *sali wykładowej*, która pomieścić może z łatwością 120 — 130 słuchaczy. Za salą wykładową mieści się *muzeum*, *palarnia*, *szatnia*, wreszcie pokój dla woźnego i wejście do pawilonu dla studentów. Cały budynek jest skanalizowany, posiada urządzenia wodociągowe, przyczem wodę otrzymuje się ze znajdującej się na terenie szpitala studni artezyjskiej; klinika posiada instalację elektryczną, gazu niestety niema.

Miejsc dla chorych jest w klinice 35, a liczbę tę w razie potrzeby zwiększyć można do 40, bez obrażania zasad higjeny. Dla potrzeb wykładu klinika korzysta jeszcze z wojskowego oddziału otolaryngologicznego, liczącego również 40 miejsc.

Inwentarz. Dla celów diagnostycznych klinika jest zaopatrzona we wszystkie narzędzia niezbędne, między innemi posiada komplet kamertonów, monochord Struykena, przyrząd wieszadełkowy Killiana, autoskop Seyferta, direktoskop Haslingera, komplet narzędzi do broncho i oesophagoskopji Brüningsa i Haslingera, stroboskop elektryczny, pozatem posiada niezbędne urządzenia do badań moczu, krwi, oraz badań podręcznych bakterjologicznych i histologicznych. Do leczenia chorych ma przedewszystkiem wystarczający zapas narzędzi operacyjnych, dwa pantostaty jeden z nich do diatermji i t. zw. Penetroterm, kilka aparatów typu Parvus, przyrząd do diatermokoagulacji, lampę do naświetlań typu Ultrasol, lampę kwarcową, dwie lampy Solux, lampę łukową, szereg przyrządów inhalacyjnych różnych typów i wiele innych.

Dla celów wykładowych klinika posiada aparat projekcyjny, którego używać można nie tylko do przezroczy, ale i również do wszelkiego rodzaju rysunków i obrazów. Ma przyrząd projekcyjny do odrzucania na ekran powiększonych obrazów z preparatów szkieł-

kowych mikroskopowych, posiada polilaryngoskop, Lupę binokularną Zeissa, lupę mikroskop. Zeissa do badania błony bębenkowej, szereg lamp różnych systemów do badania otolaryngologicznego i t. p.

Ze względu na wielką doniosłość metody poglądowej w nauczaniu klinika posiada zapas tablic, ilustrujących wykład. Liczba tablic wynosi obecnie 250, a zapas ten wciąż się powiększa. Oprócz tablic posiada klinika zapas przezroczy, szereg modeli składanych, ułatwiających słuchaczom studjum chorób uszu i gardła, oraz kilka fantomów dla wprawy studentów w laryngoskopji i rynoskopji tylnej.

Dla pracy naukowej, poza szeregiem takich przyrządów, jak 2 mikroskopy 2 mikrotomy, oscillometr, viscosimetr Pachona, 2 kimografjony i t. p., stanowiących w chwili obecnej niezbędną część składową każdej pracowni klinicznej, służy bibljoteka książek i czasopism. Klinika posiada komplety czasopism specjalnych jak Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Archiv für Ohrenheilkunde, Monatschrift für Ohrenheikunde, Comptes Rendus de la Société Française d'Otolaryngologie. Zeitschrift für Hals Nasen u Ohrenheilkunde, Revue de Laryngologie, Laryngoscope, Annals of Otology, Acta Oto-laryngologica t. p. Czasopisma te, uzupełnione za czas wojny i dalej prenumerowane, stworzyły podstawę dla biblioteki klinicznej. Posiada ona pozatem bogaty zbiór broszur i odbitek, podręczników starszych i nowszych, tudzież dzieł podstawowych, jak *Heymanns* Handbuch der Laryngologie, Handbuch der Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwega Katza i Blumenfelda. 9 tomowy Handbuch der Otolaryngologie *Denkera i Kahlera*. Neurologie des Ohres Alexandera i t. d.

Działalność Pedagogiczna. Wykłady Kliniczne. Wykłady z zakresu otolaryngologji zostały rozpoczęte w końcu listopada 1923 r. Ponieważ w wykładach anatomji i fizjologji budowa i czynność górnego odcinka dróg oddechowych bywa uwzględniana tylko w najogólniejszych zarysach, przeto profesor otolaryngologji w wykładach swych musi stronę teoretyczną zagadnienia, dotyczącą budowy makro i mikroskopowej ucha, nosa, gardła i krtani oraz czynności ich w stanie zdrowia i choroby bardziej szczegółowo uwzględniać. W tym celu cały materjał pedagogiczny został podzielony w ten sposób, że pierwsze 3—4 tygodnie każdego trymestru były przeważnie poświęcane wykładom teoretycznym z anatomji, fizjologji i patologji górnego odcinka dróg oddechowych i uszu, przytem w pierwszym trymestrze wykłady dotyczyły nosa i jamy nosowogardłowej, w drugim ucha, a w trzecim gardła i krtani. Naturalnie profesor nie zaniedbywał w miarę nabywania odpowiedniego materjału, jednocześnie demonstrować poucza-

jących przypadków i szczegółowo ich omawiać. Po możliwie poglądowem zaznajomieniu słuchaczów z dziedziną teoretyczną otolaryngologji profesor przechodził do wykładów klinicznych, korzystając z przypadków spostrzeganych i leczonych w klinice i w przychodni klinicznej.

W pierwszej linji uwzględniane były cierpienia, najczęściej spotykane i najważniejsze z punktu widzenia klinicznego. Każdy przypadek chorobowy był poddawany szczegółowemu badaniu, omawiana była jego etjologja, objawy i leczenie i wszędzie był uwzględniany związek danego cierpienia z innemi dziedzinami medycyny. Na demonstrowanych chorych były pokazywane metody badania oraz leczenie chorych zarówno zachowawcze, jak i operacyjne, a więc były na wykładach otwierane ropnie okołomigdałkowe, tylno-gardłowe, językowe, wycinane od czasu do czasu wyrośla adenoidalne migdałki podniebienne, przecinana błona bębenkowa, usuwane ciała obce z nosa i uszu, wycinane polipy przewodu usznego i wnętrza nosowego, dokonywane przedmuchiwania trąbek *Eustachjusza*, przemywania nosa, zatok bocznych i jamy nosowogardłowej, przewodu usznego i t. p. Oprócz tego w celu zapoznania słuchaczy z większą liczbą ważniejszych przypadków w praktyce lekarskiej, takie przypadki jak angina dołkowa i błonica, angina Plaut Vincenta, ropnie tylno-gardłowe, ropnie języka i przegrody nosowej, zapalenia wyrostka sutkowego, ropienia zatok bocznych i t. p. były w ciągu roku niekiedy po kilka razy demonstowane.

Dla uczynienia wykładów i demonstracyj bardziej pożytecznem, okazała się konieczność zaopatrzenia Kliniki w odpowiednie tablice, przezrocza, rysunki, przyrząd projekcyjny i inne niezbędne urządzenia, które w miarę napływających kredytów były wciąż przygotowywane w Klinice (tablice, przezrocza) albo nabywane w kraju lub zagranicą.

Zajęcia praktyczne. Zaraz w pierwszym roku działalności Kliniki, pomimo, że pomieszczenie przeznaczone dla użytku było nadzwyczaj szczupłe i ograniczało się tylko do paru skromnych pokojów, a materjał kliniczny trzeba było czerpać tylko z Oddziału Wojskowego Prof. *Szmurło* przystąpił do zajęć praktycznych ze studentami, które prowadził przy pomocy asystentów, tworząc małe grupki i ucząc studentów umiejętności korzystania z reflektora i narzędzi do badania, a następnie do wykonywania najprostszych i najpotrzebniejszych, zabiegów jak przedmuchiwanie ucha sposobem *Politzera*, przemywanie nosa, ucha, gardła, zalewanie do krtani i t. p. Należy uznać należyte

zrozumienie korzyści tych zajęć ze strony studentów, którzy masowo i chętnie na nie od początku uczęszczali, pomimo że zajęcia w pierwszych czterech latach nie były wcale obowiązkowe.

Studenci cwiczyli się w badaniu zdrowych osób, przeważnie swoich kolegów, przytem kolejno jeden słuchacz wprawiał się w badaniu na drugim, najprzód oglądając jamy: ustną i gardłową potem nos i ucho, a w końcu najtrudniejszą krtań. Kiedy w końcu roku studenci nabrali już dostatecznej wprawy w posiłkowaniu się reflektorem, wziernikami i lusterkiem krtaniowem, dawano im do badania łatwych do badania chorych, u których stwierdzone zmiany opisywali na karteczkach i przedstawiali do sprawdzenia prowadzącemu ćwiczenia profesorowi i pomagającym mu asystentom.

Kiedy reforma studjów lekarskich z roku 1928 uznała ćwiczenia z otolaryngologji za obowiązkowe, wówczas cały kurs został podzielony na grupy, obejmujące około 30 studentów i każda z tych grup odbywała raz na tydzień ćwiczenia według ustalonego i opisanego wyżej porządku.

Kiedy sczasem został habilitowany Dr. *Wąsowski*, a następnie w 2 lata później Dr. *Dylewski*, zarówno w wykładach jak i w ćwiczeniach zaszła wybitna zmiana. Wykłady teoretyczne z dziedziny anatomji, fizjologji i metod badania nosa i ucha poprowadził Docent *Wąsowski*, wykłady z anatomji, fizjologji i metod badania gardła krtani Docent *B. Dylewski*. Ten ostatni jednocześnie zaznajamiał słuchaczy z wadami i zboczeniami głosu i mowy.

Uwolniony w ten sposób od wykładów teoretycznych Prof. *Szmurło* mógł poświęcić znacznie więcej czasu na stronę kliniczną, pokazywać większą liczbę chorych i omawiać większą liczbę jednostek chorobowych, demonstrować więcej operacyj i zabiegów w sali wykładowej i w sali operacyjnej. Wykłady mogły być uzupełniane większą liczbą demonstracyj tablic, preparatów makro i mikroskopowych, których liczba corocznie znacznie się zwiększała. Na początku roku szkolnego pierwszych kilka wykładów profesor poświęcał zwykle historji otolaryngologji oraz wyjaśnieniu jej stosunku do całej medycyny, wreszcie omawiał zakres i znaczenie tej specjalności.

W zajęciach praktycznych również nastąpiła zmiana. Obaj docenci oprócz wykładów prowadzili pod zwierzchnim nadzorem profesora zajęcia praktyczne z powierzoną ich kierownictwu grupą studentów, profesor zaś prowadził zajęcia przy pomocy pozostałych asystentów z innemi dwiema grupami, przytem dla ujednostajnienia zajęć był opracowany program prowadzenia zajęć praktycznych. Sprawa pro-

wadzenia zajęć praktycznych była corocznie omawiana na posiedzeniach klinicznych. Sprawie tej doc. Dylewski poświęcił specjalny artykuł w Pamiętniku Wil. T-wa Lek.

Dla ilustracji prowadzenia wykładów podaję program wykładów w ciągu roku akademickiego 1926/27.

Program wykładów. W pierwszych latach istnienia Kliniki wykłady odbywały się 3 razy tygodniowo: 2 wykłady były dwugodzinne i jeden jednogodzinny. Liczba wykładów wahała się naogół w ciągu roku około cyfry 75.

TRYMESTR I-szy

Wykład 1-szy. Demonstracja chorych: *1) z twardzielą nosa i gardła. 2) ze zwężeniem twardzielowem okolicy podgłośniowej i tchawicy. 3) z rakiem krtani zewnętrznym* wejścia krtaniowego i podstawy języka. Wykład *o roli, zakresie i znaczeniu otolaryngologji w medycynie.*

Wykład 2-gi. Demonstracja *chorej po operacji doszczętnej ucha z zawrotami głowy natury histerycznej. Wykład z dziejów otolaryngologji w starożytności i w wiekach średnich.*

Wykład 3-ci. *Otolaryngologja w 18 i 19-m stuleciu. Udział polskich otolaryngologów.* Omówienie podręczników do nauki otolaryngologji.

Wykład 4-ty. *O metodach badania nosa. Źródła światła — Reflektor i jego użycie — Wziernik nosowy.*

Wykład 5-ty. *Anatomja nosa zewnętrznego. Szkielet kostny i chrząstkowy nosa.*

Wykład 6-ty. Demonstracja pacjenta po *operacji wycięcia raka krtani. Wykład: Anatomja nosa — Budowa śluzówki nosa, naczynia, nerwy, stosunki topograficzne.*

Wykład 7-my. Demonstracja *badania nosa na chorym z polipami nosowemi.* Omówienie *kliniki polipów nosowych.* Wykład *o czynności nosa jako narządu oddechowego. Odruchy nosowe.*

Wykład 8-my. Demonstracja *chłopca z ropniem przegrody nosowej. Omówienie sprawy ropni przegrody.* Wykład *o roli węchowej nosa.*

Wykład 9-ty. Demonstracja chorego *z zapaleniem nieżytowem ostrem gardła.* Omówienie *różnych postaci angin.* Wykład *o węchu u ludzi i zwierząt. Nos jako rezonator.*

Wykład 10-ty. Demonstracja *chorego z przewlekłym przerostowym nieżytem nosa i omówienie kliniki tego cierpienia.* Wykład *z patologji nosa. Wpływ zatkania nosowego na rozwój różnych spraw chorobowych.*

Wykład 11-ty. Demonstracja *chorych ze skrzywieniem przegrody.* Wykład *o skrzywieniach przegrody z demonstracją sposobu badania, narzędzi i metody operacyjnej podśluzowej.*

Wykład 12-ty. *O zaburzeniach mowy wskutek cierpień nosa i jamy nosowogardłowej.*

Wykład 13-ty. Demonstracje: 1) chorej z *zarośnięciem nozdrzy wskutek urazu.* 2) chorego *z krwotokiem nosowym na tle arterjosklerozy.* Wykład o krwotokach *nosowych, przyczyny, rozpoznanie, leczenie.*

Wykład 14-ty. Demonstracja chorych. 1) *z mięsakiem nosa,* 2) z objawami *początkowej ozeny.* Wykład *o nieżytach przewlekłych zanikowych i o nieżycie zanikowym cuchnącym.*

Wykład 15-ty. Demonstracja na chorych *metod rozpoznawania cierpień zatok bocznych zapomocą prześwietlania, przekłucia, przemywania.* Wykład *o rozpoznawaniu cierpień zapalnych zatoki szczękowej.*

Wykład 16-ty. Demonstracja szeregu chorych *z ropnem zapaleniem zatok bocznych nosa* i wykład *o sprawach zapalnych zatok bocznych nosa.*

Wykład 17-ty. *Klinika ostrego i przewlekłego zapalenia zatoki Highmora.*

Wykład 18-ty. Demonstracja *chłopca z wyroślami adenoidalnemi.* Wykład kliniczny *o przerostym migdałku gardłowym z demonstracją sposobu badania i operacji wycięcia migdałka gardłowego.*

Wykład 19-ty. Pokaz *chorego z przerostem migdałków podniebiennych, omówienie przyczyn przerostów i operacji tonsillotomji, tonsillektomji oraz wskazań do jednej i do drugiej.*

Wykład 20-ty. Pokaz chorego z przewlekłym *nieżytem przerostowym nosa.* Wykład *o nieżycie nosa przerostowym* z demonstracją sposobów leczenia i operowania przerostów małżowin nosowych.

Wykład 21-szy. Pokaz chorej, *wyleczonej po ropnem zapaleniu opon mózgowych w następstwie perlaka.* Pokaz chorego *z naczyniakiem języka i demonstracja usunięcia guza zapomocą elektrokoagulacji.* Wykład o zasadach i metodach *elektrokoagulacji wraz z pokazem przyrządów elektrokoagulacyjnych.*

Wykład 22-gi. *Pokaz chorych* z początkowemi objawami *wilka nosa. Wykład o wilku nosa i gardła.* Wykład o epidemjologji i klinice twardzieli *z pokazem preparatów mikroskopowych i makroskopowych.*

Wykład 23-ci. Demonstracja chorych *z przymiotem wtórnym gardła i trzeciorzędnym nosa.* Wykład o klinice przymiotu nosa i gardła.

Wykład 24-ty. Pokaz chorego *z polipem choanalnym, demonstracja usunięcia polipa haczykiem Lange.*Wykład *o terapji ogólnej cierpień nosa.*

TRYMESTR 2-gi.

Wykład 25-ty. Demonstracja *dziecka z ciałem obcem w nosie i pokaz usunięcia go zapomocą haczyka nosowego.* Wykład *o ciałach obcych nosa i sposobach ich usuwania,* wraz z pokazem zbioru ciał obcych, wydobytych z nosa w Klinice Wileńskiej.

Wykład 26-ty. Demonstracja *chorego z dużemi czopami w obu przewodach — omówienie sprawy powstawania, rodzajów i usuwania czopów usznych.* Wykład *o małżowinie usznej i przewodzie zewnętrznym.*

Wykład 27-my. Pokaz chorych *z gruźlicą krtani.* Wykład *o patogenezie, objawach i zmianach anatomicznych w gruźlicy krtani.*

Wykład 28-my. Wykład *o błonie bębenkowej i uchu środkowem na modelach,* tablicach i preparatach anatomicznych.

Wykład 29-ty. *Rokowanie i leczenie gruźlicy krtani.*

Wykład 30-ty. Pokaz chorej *z nosem kaczkowatym i demonstracja parafinoplastyki wraz z omówieniem tej metody naprawy formy nosa.*

Wykład 31-szy. Demonstracja chorej po rozszczepieniu krtani wskutek zwężenia twardzielowego. Wykład *o przyczynach zwężenia krtani i o laryn*

gofissurze. Wykład *o uchu wewnętrznem. Budowa błędnika kostnego i błędnika błoniastego.*

Wykład 32-gi. *O czynności ucha zewnętrznego i środkowego.*

Wykład 33-ci. *Czynność aparatu odbiorczego. Teorja słuchu Helmholtza, Ewalda, Shambough* i inn.

Wykład 34-ty. *O przewodnictwie dźwięku z objaśnieniem na chorych i zdrowych objawów Webera, Rinnego, teorja Brüningsa o przewodnictwie dźwiękowem.*

Wykład 35-ty. *Fizjologja kanałów półkolistych i przedsionka z objaśnieniem na chorych odruchu obrotowego, cieplnego. Demonstracja chorej z objawem omijania.*

Wykład 36-ty. *Z dziedziny patologji ogólnej narządu słuchowego, hyperacusis, hypacousis, surditas—z pokazem chorych.*

Wykład 37-ty. Pokaz chłopca *z ostrem zapaleniem ucha środkowego.* Demonstracja *przekłucia błony bębenkowej. Wskazania do paracentezy, sposoby jej wykonania.*

Wykład 38-ty. *O sposobach badania ucha i słuchu z pokazem* na zdrowych i chorych. *Użycie stroików. Pole słuchowe.* Próby *Webera, Schwabacha, Rinnego, Gellé.*

Wykład 39-ty. Pokaz chorej *z gruźlicą gardła i krtani* (choroba *Isamberta).* Pokaz chorej *z ostrem ropnem zapaleniem ucha* środkowego. Wykład *o symulacji. Próba Courtade'a, Próba Stengera. Demonstracja* sposobów ich wykonania.

Wykład 40-ty. Demonstracja chorej *ze zwężeniem przełyku po oparzeniu kwasem siarczanym.* Wykład *o bliznowatem zwężeniu przełyku i o metodach leczenia w przypadkach ostrych i przewlekłych. Badanie aparatu otolitowego metodą Quixa.*

Wykład 41-szy. Pokaz *chorego z ciałem obcem w uchu* (pół karaczana). Pokaz zbioru ciał obcych w uszach z Kliniki Wileńskiej. Wykład *o ciałach obcych w uchu i sposobach ich usuwania,* z demonstracją na chorym.

Wykład 42-gi. Demonstracja chorego *z ostrem pogrypowem ropnem zapaleniem ucha środkowego.* Wykład *o przyczynach powstawania, objawach, przebiegu, zmianach anatomicznych w ostrym ropotoku usznym.*

Wykład 43 ci. Demonstracja chorego *z rozszczepieniem podniebienia twardego i miękkiego* i wykład *o powstawaniu tego zboczenia, objawach i sposobach operacji.*

Wykład 44-ty. Pokaz chorego *z ostrem zapaleniem wyrostka sutkowego w następstwie* skrytego zapalenia ucha środkowego. Wykład *o zapaleniu wyrostka sutkowego, objawach i wskazaniach do operacji i o operacji otwarcia wyrostka.*

Wykład 45-ty. Demonstracja chorego *z objawami posocznicoropnicy* w następstwie *zakrzepu zatoki esowatej.* Wykład *o powikłaniach wewnątrzczaszkowych w następstwie ostrego i przewlekłego ropotoku usznego.*

Wykład 46-ty. Pokaz chorej z objawami *nieżytu przewlekłego trąbki Eustachjusza i ucha środkowego.* Omówienie *przyczyn, objawów i leczenia.*

Wykład 47-my. Pokaz chorych z woszczkiem *i czyrakiem i z pryszczycą przewodu zewnętrznego.* Wykład *o stanach zapalnych przewodu zewnętrznego.*

Wykład 48-my. Demonstracja chorych *z przewlekłym ropotokiem usz-*

nym. Wykład *o przyczynach powstawania, objawach i zmianach anatomicznych w przewlekłym ropotoku usznym.*

W y k ł a d 49-ty. Pokaz chorej *z objawami guza perlistego i objawem przetokowym.* Wykład *o powstawaniu, następstwach i leczeniu perlaka ucha środkowego i jego powikłania.*

W y k ł a d 50-ty. Pokaz chorego po *operacji doszczętnej w następstwie perlaka.* Wykład *o leczeniu zachowawczem i operacyjnem przewlekłego ropotoku usznego.*

W y k ł a d 51-szy. Pokaz *wyciętej krtani wskutek raka* i gruczołów rakowato zwyrodniałych. Pokaz chorego *z wilczą paszczą i wargą zajęczą. Omówienie zboczeń rozwojowych jamy ustnej i nosa.* Wykład *o operacji wycięcia krtani.*

W y k ł a d 52-gi. Demonstracja chorego *z ciałem obcem w przełyku i sposobu usuwania zapomocą ezofagoskopji.* Wykład *o ezofagoskopji i bronchoskopji z demonstracją przyrządów i metod operacyjnych.*

W y k ł a d 53-ci. Demonstracja chorych *z przewlekłem suchem zapaleniem ucha środkowego i z otosklerozą.* Omówienie *patogenezy, objawów i leczenia otosklerozy.*

TRYMESTR 3-ci.

W y k ł a d 54-ty. Demonstracja *chorej z samoistnem wydzieleniem się perlaka i objawem przetokowyw oraz zawrotem głowy i padaniem pod wpływem przemywań.* Pokaz chorych *z gruźlicą krtani.* Pokaz *direktoskopji* i wykład *o bezpośrednich metodach badania krtani.*

W y k ł a d 55-ty. Pokaz chorego ze *znacznem zwężeniem trąbki Eustachjusza oraz sposobu jej rozszerzania zapomocą zgłębników.* Pokaz chorej z objawami *pęcherzycy i wykład o tem cierpieniu w klinice otolaryngologicznej.*

W y k ł a d 56-ty. *Budowa nosa i gardła, śluzówka, mięsnie, naczynia, nerwy.*

W y k ł a d 57-my. *Budowa krtani: szkielet, mięśnie, nerwy, naczynia. Stosunki topograficzne.*

W y k ł a d 58-my. Pokaz chorego ze *złośliwym nowotworem krtani* (*rak*). Wykład *o nowotworach złośliwych krtani.*

W y k ł a d 59-ty. Pokaz chorego ze *złośliwym nowotworem przełyku i o zastosowaniu ezofagoskopji do stwierdzania guzów przełyku.* Wykład *o czynności gardła.*

W y k ł a d 60-ty. *Demonstracja chorego z zapaleniem wyrostka* sutkowego *i omówienie przypadku.* Wykład *o roli migdałków podniebiennych.*

W y k ł a d 61-szy. Wykład *o roli krtani* oraz *ust i gardła jako narządu mowy.*

W y k ł a d 62-gi. *Patologja ogólna ust, gardła i krtani. Zaburzenia w ruchach języka, podniebienia i tylnej ściany gardła. Zaburzenia w artykulacji mowy.*

W y k ł a d 63-ci. *Zaburzenia w wydawaniu głosu, zaburzenia w oddychaniu.*

W y k ł a d 64-ty. Pokaz chorych *z dusznością i zwężeniem krtani.* Wykład *o przyczynach i leczeniu zwężeń krtani i tchawicy.*

W y k ł a d 65-ty. Pokaz chorego *z obustronnem porażeniem rozszerzaczy krtani natury przymiotowej.* Wykład o porażeniach nerwu krtaniowego dolnego jedno i obustronnych.

W y k ł a d 66-ty. Pokaz chorego *z mocnem zwężeniem krtani wskutek nowotworu. Demonstracja tracheotomji.* Wykład *o tracheotomji.*

W y k ł a d 67-my. Pokaz chorej *z anginą Plaut Vincenta.* Wykład o postaciach, objawach *i leczeniu anginy wrzodziejącobłoniastej.* Pokaz chorego *z torbielą*

prawostronną szczęki górnej. Omówienie *sprawy powstawania, rozpoznawania i leczenia tego cierpienia.*

Wykład 68-my. Pokaz chorych z porażeniem mięśni rozszerzaczy pochodzenia gruźliczego i gośćcowego i omówienie tego cierpienia.

Wykład 69-ty. Pokaz chorego *z przewlekłem zapaleniem migdałków podniebiennych, tworzeniem się czopów i z bólami reumatycznemi.* Omówienie sprawy *zapaleń migdałków i wskazań do tonsillektomji. Demonstracja wycięcia migdałków.*

Wykład 70-ty. Demonstracja chorego *z obustronnym ropniem okołomigdałkowym.* Demonstracja otwarcia ropnia i wykład *o powstawaniu, objawach rozpoznaniu i leczeniu ropni okołomigdałkowych.*

Wykład 71-szy. Pokaz dziecka *z ropniem tylnogardłowym* oraz sposobu otwarcia ropnia. Wykład *o ropniach tylnogardłowych.* Pokaz mięsaka dziąsła; (*epulis*), *wyciętego* z brzegu dziąsła i omówienie powstawania, rozpoznawania i leczenia takich guzów.

Wykład 72-gi. Demonstracja chłopca *ze zwężeniem krtani wskutek brodawczaka.* Pokaz krtani przy pomocy *polilaryngoskopu.* Wykład o powstawaniu, *rozpoznawaniu i leczeniu brodawczaków krtani.*

Wykład 73-ci. Pokaz szeregu dzieci *głuchoniemych i metod ich badania,* Wykład *o przyczynach głuchoniemoty i o szkołach dla głuchoniemych.*

Wykład 74-ty. *O leczeniu cierpień dróg oddechowych w uzdrowiskach krajowych.* Zapoznanie *z właściwościami leczniczemi różnych zdrojów krajowych i stosowanych tam metodach leczniczych.*

Wykład 75-ty. Pokaz chorego *z zapaleniem przewlekłem ucha wewnętrznego* i omówienie Kliniki *spraw zapalnych ucha wewnętrznego.*

Wykład 76-ty. Pokaz chorej *po pęknięciu poprzecznem podstawy czaszki. Omówienie objawów pęknięcia kości skalicznej piramidy czaszki, rokowania i leczenia.*

Wykład 77-my. Pokaz chorego *z ropniem mózgu jako powikłaniem przewlekłego ropotoku i guza perlistego.* Wykład *o sposobach powstawania, objawach i leczeniu ropni mózgowych.*

Wykład 78-my. Pokaz *chorej z objawami bezgłosu natury histerycznej.* Omówienie *nerwów czynnościowych krtani.* Pokaz chorego *z ostrem zapaleniem krtani.* Wykład *o ostrych zapaleniach krtani.*

Jak widać z powyższego, wykłady tylko na początku każdego trymestru przedstawiały pewien układ systematyczny, kiedy chodziło o podanie wiadomości teoretycznych z dziedziny otolaryngologji. Później zależały w zupełności od materjału, jakiego dostarczała Klinika. Dlategoteż kiedy w jednym roku więcej uwagi można było poświęcić chorobom nosa, w innym przeważały przypadki uszne, gardlane lub krtaniowe.

Program zajęć praktycznych.

Reflektor, jego rodzaje, użycie reflektora, ustawienie jego przed okiem. Źródło światła, Ustawienie lampy w stosunku do głowy chorego i do badającego.

Badanie jamy ustnej i gardła: Szpadel, sposób użycia. Stan przedsionka ustnego, okolicy podjęzykowej, języka, ujścia przewodów ślinowych; stan cieśni gardłowej, podniebienia miękkiego, języczka, łuków, migdałków podniebiennych ich wyglądu, wielkości, migdałka językowego, tylnej ściany gardła. Badanie smaku. Pędzlowanie tylnej ściany gardła, przemywanie migdałków, wyciskania czopów.

Badanie nosa: Obmacywanie: ruchomość, grubość i wrażliwość skóry, stan kości i chrząstek nosowych, oględziny nosa zewnętrznego i wejścia nosowego (forma nosa, objawy zapalne, guzy). Użycie wzierników nosowych, zgłębnika, przygotowanie wacika nosowego. Badanie zapomocą oświetlania wnętrza nosowego: przegroda, jej ustawienie, skrzywienia i ich forma, zgrubienia, grzebienie, kolce, przedziurawienia, nacieki, owrzodzenia, przewody nosowe, ich drożność, obecność wydzieliny, śluzu lub ropy, strupy; małżowiny nosowe, ich wielkość, zabarwienie; stan śluzówki nosa. *Rhinoscopia media.* Badanie węchu. *Rhinoscopia posterior;* Oględziny stropu, ujścia trąbek Eustachjusza, tylnych końców małżowin, przegrody. Badanie palcem i jamy nosowogardłowej. Diafanoskopja.

Badanie uszu: Małżowina uszna, jej wielkość, forma, wady rozwojowe. *Przewód słuchowy zewnętrzny,* oględziny przewodu i błony bębenkowej bezpośrednio zapomocą odciągania małżowiny ku tyłowi. Użycie wzierników usznych i ich rodzaje, użycie wacika usznego, zgłębnika. Wady rozwojowe, zwężenia, woszczek, wydzielina, jej charakter, zapach barwa, guzy przewodu, polipy. Przemywanie i oczyszczanie wacikiem przewodu zewnętrznego. Zakładanie sączków do przewodu. *Błona bębenkowa,* jej zabarwienie, punkty rozpoznawcze, wypuklenie lub wciągnięcie, przedziurawienia (centralne, brzeżne, ich miejsca i forma, wielkość i liczba). Wydzielina, jej charakter, barwa tętnienie; wrażliwość na ucisk wierzchołka i w dołku sutkowym. *Wyrostek sutkowy,* forma, obrzmienie; gruczoły za uchem i pod uchem. *Trąbka Eustachjusza,* jej drożność. Przedmuchiwanie sposobem Politzera. Badanie słuchu na szept i mowę zwykłą. Użycie stroików. Próby Rinne'go, Weber'a, Schwabach'a, Gelle'go. Próba cieplna (Kobrak), obrotowa i galwaniczna. Ny, spont. Objaw przetokowy. Objaw omijania i zbaczania. Badanie równowagi; objaw Romberg'a, stanie na jednej nodze,

skakanie na jednej nodze naprzód, wtył; badanie napięcia mięśniowego (siłomierzem), badanie zmysłu mięśniowego, diadochokinezja.

Badanie krtani: Lusterka krtaniowe, sposób ich użycia, sposób trzymania języka. Badanie lusterkiem krtaniowem: *Nagłośnia,* jej postać i ustawienie, zabarwienie, obrzmienia. *Tylna ściana* krtani, chrząstki nalewkowe, ich wygląd, ruchomość, ustawienie podczas fonacji. Więzadła wrzekome, kieszonki Morgagni'ego, *Więzadła prawdziwe,* barwa, połysk, grubość, ruchomość przy wdechu i mowie, nacieczenia, pachydermje, guzy. Szpara głosowa. Laryngoskopja metodą Killjana. Wygląd tchawicy. Użycie zgłębnika krtaniowego i strzykawki krtaniowej. Zalewanie do krtani. Pendzlowanie krtani.

Podręcznik otolaryngologiczny. Na samym wstępie działalności pedagogicznej profesor napotkał wielką trudność w postaci braku odpowiedniego podręcznika otolaryngolgji, obejmującego całość przedmiotu, który dałby możność słuchaczom zaznajomienia się z całokształtem wykładanego przedmiotu. Istniały w roku 1923 tylko podręczniki, traktujące pojedyncze działy otolaryngologji i to przeważnie przestarzałe, a mianowicie podręcznik otjatrji. A. Żebrowskiego, wydany w 1918 r., nie przystosowany do potrzeb nauczania klinicznego. Bardziej odpowiednim, ale już przestarzałym był podręcznik chorób usznych T. Heimana, wzorowany na podręczniku Politzera. Z dziedziny chorób nosa i gardła był tylko wydany przed 30 laty podręcznik J. Sędziaka, nie uwzględniający całych działów ryno - i faryngologji. Z dziedziny laryngologji można było posiłkować się tylko w szczupłym zakresie wydanem w roku 1906 dziełem. T. Herynga p. t. „Metody badania i leczenie chorób krtani", wydany zaś w 1874 r. doskonały na owe czasy podręcznik P. Pieniążka p. t. „Laryngoskopja" posiada teraz tylko znaczenie historyczne. Poza temi dziełami oryginalnemi piśmiennictwo polskie nie posiada dotychczas ani jednego obcego podręcznika otolaryngologji w przekładzie.

Wobec takiego braku podręczników naukowych w języku ojczystym wykład otolaryngologji był nadzwyczaj utrudniony. Słuchacze musieli uzupełniać swą wiedzę z notatek, a potem z podręczników niemieckich przeważnie w tłumaczeniu rosyjskiem, a niewielka ich liczba mogła korzystać z oryginalnych podręczników Denkera i Brüningsa, Körnera, Laurensa i innych w języku niemieckim i francuskim Dlatego za pierwszy swój obowiązek prof. J. Szmurło uważał dostarczenie słuchaczom podręcznika polskiego, zapomocą którego słuchacze mogliby uzupełniać wiadomości, zdobyte podczas wykładów.

To też niezwłocznie przystąpił do opracowania podręcznika otolaryngologji, który uwzględniałby całą dziedzinę z dziedziny chorób nosa, ust, gardła, krtani oraz pogranicza, a więc oskrzeli i przełyku, do których otolaryngolog wkracza przy pomocy bronchoskopu i ezofagoskopu. Pierwsza część podręcznika: *„Choroby nosa i jamy nosowogardłowej“* ukazała się w roku 1926, wydana nakładem autora, pozostałe trzy części: *Choroby ust, gardła i przełyku, Choroby krtani i tchawicy, Choroby ucha* ukazały się kolejno w roku 1930, 1931, i 1932. W ciągu więc dziesięciolecia słuchacze otrzymali do użytku cały podręcznik otolaryngolologji. Trzy ostatnie części podręcznika zostały wydane nakładem Koła Medyków U. S. B.

Na propozycję Naczelnego Wizytatora Higjeny Szkolnej w M. W. R. i O. P. ś. p. D-ra Kopczyńskiego J. Szmurło wziął udział w opracowaniu drugiego wydania zbiorowego podręcznika p. t. „Higjena Szkolna“ do którego napisał rozdział p. t. *„Schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych: Nosa, Gardła, Krtani, Schorzenia uszu. Wady mowy. Higjena mowy.*

Kursy i wykłady pozakliniczne. Prof. J. Szmurło brał udział *w kursach dokształcających* dla *lekarzy, urządzanych przez Wydział Lekarski U. S. B.* od roku 1927, brał również udział *w Kursach dla lekarzy szkolnych* zorganizowanych w roku 1928/9 przez Kierownika Zakładu Higjeny Prof. K. Karaffę Korbutta oraz dwukrotnie uczestniczył w charakterze wykładowcy *w Kursach z dziedziny Higjeny Szkolnej.* Jako przedstawiciel Rady Wydziału Lekarskiego Prof. J. Szmurło brał udział w *Komisji Uniwersyteckich Wykładów Powszechnych* i wygłosił na nich szereg wykładów, poczynając od 1925 roku.

Na prośbę Koła Medyków Prof. J. Szmurło dwa lata zrzędu brał udział jako wykładowca w cyklu wykładów, urządzanych przez owe Koło; uczestniczył również dwukrotnie jako wykładowca w kursach, *organizowanych przez Sekcję Higjeny Szkolnej i Wychowania Fizycznego Ministerstwa W. R. O. P.* w latach 1930 i 1932.

W roku 1932/33 brał udział *w wykładach na kursach* organizowanych przez *Wileńskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze dla lekarzy szkolnych.*

W roku 1932/33 Prof. Szmurło zorganizował pod egidą Rady Wydziałowej U. S. B. *Kursy dla nauczycieli i lekarzy szkolnych z dziedziny wad i zboczeń mowy i ich leczenia.* W kursach tych wzięli udział profesorowie: W. Jasiński i M. Rose, docenci: B. Dylewski, J. Hurynowiczówna i T. Wąsowski i asystenci Kliniki Neurologicznej Dr. Jankowska i Bojarczykówna.

W latach 1927 i 1929 Prof. J. Szmurło brał udział *w Zjeździe Lekarzy Województwa Nowogródzkiego w Lidzie i w Zjeździe Lekarzy Województwa Wileńskiego w Wilnie* gdzie wygłosił odczyty: w Lidzie — O leczeniu przewlekłego ropotoku usznego, w Wilnie — „O postępowaniu lekarza praktyka w przypadku ciał obcych w tchawicy, oskrzelach i przełyku".

W 1929 i 1932 Prof. Szmurło brał udział jako wykładowca *w Kursach wakacyjnych w Ciechocinku.*

Doc. T. Wąsowski brał udział w wykładach na kursach, organizowanych przez Wil. Tow. Przeciwgruźlcze dla lekarzy szkolnych w latach 1932—33 i 1933—34.

Organizacja pracy w Klinice. Działalność naukowa. Praca naukowa w Klinice obraca się wogóle w zakresie opracowywania materjału klinicznego, dostarczanego przez przychodnię kliniczną oraz przez materjał chorych, korzystających ze stałych łóżek. Jak jedni tak i drudzy chorzy zostają wszechstronnie dokładnie zbadani i poddani odpowiedniemu leczeniu, przyczem uwzględnia się zarówno wszystkie najnowsze pomysły i wynalazki w dziedzinie lecznictwa, oraz bada się nowe środki nadające się do stosowania w Klinice O-L zarówno na chorych, jak i na zwierzętach w celu określenia ich działania farmakologicznego. Pozatem w Klinice opracowywane są nowe sposoby badania i sprawdzane spostrzeżenia innych klinicystów. Wycięte w celach badania i leczenia tkanki poddawane są badaniu histologicznemu, co daje możność dokładnego postawienia rozpoznania i ustalenia wielu nowych i ciekawych spostrzeżeń z punktu widzenia anatomji patologicznej.

W ten sposób w Klinice i przychodni klinicznej podczas rozpatrywania i badania każdego nowego przypadku udaje się zebrać obszerny materjał naukowy do prac z dziedziny diagnostyki, anatomji patologicznej, bakterjologji i terapji.

Materjał ten posłużył za źródło do szeregu prac które wyszły z Kliniki Wileńskiej i zostały wykonane nietylko przez profesora i asystentów ale i słuchaczy 5-go Kursu, którzy opracowali tematy na konkurs Rady Wydziałowej.

Ażeby prace te mogły być należycie wykonane, każdy z asystentów kliniki obowiązany jest przez pewien czas pracować w jednym z zakładów teoretycznych, gdzie ćwiczy się w metodach naukowego badania w celu korzystania z nich później w klinice. Dla ułatwienia pracy naukowej Klinika Otolaryngologiczna zaopatrzona została w niezbędne przyrządy, jak mikroskopy, mikrotomy, cieplarki, kimografjony,

spirometry, pneumografy, stoliki do trzymania zwierząt i szereg innych drobnych przyrządów, potrzebnych do doświadczeń fizjologicznych. Oprócz tego został wybudowany obok kliniki niewielki budyneczek z zagrodą do hodowania zwierząt doświadczalnych głównie królików i szczurów. W ten sposób zostały stworzone warunki do wykonywania doświadczeń fizjologicznych i farmakologicznych.

Prof. Szmurło gorąco popierał i zachęcał asystentów kliniki do wyjazdów zagranicę, gdzieby mogli przyjrzeć się nowym dziedzinom wiedzy, zapoznać się z przyjętemi tam metodami pracy i przenieść je na grunt Wileński.

W 1928 r. wyjechał do Paryża na rok Dr. T. Wąsowski, gdzie pracował w klinice prof, Sébileau i na oddziale D-ra Hautanta oraz w instytucie Pasteura u prof. Besredki. W rok później podobną podróż naukową odbył Dr. Dylewski.

Utworzenie poradni fonologicznej. Ponieważ Klinika Otolaryngologiczna poza bezpośrednio do niej należącym zakresem badań musi udzielać porad również i w dziedzinie wad mowy i głosu oraz leczenia głuchoty, przeto Kierownik Kliniki zwrócił uwagę na konieczność wyspecjalizowania w tym dziale wiedzy jednego z asystentów kliniki. Młodszy asystent Dr. Benedykt Dylewski zgodził się poświęcić tej pokrewnej dziedzinie otolaryngologji i w 1929 roku, otrzymawszy stypedjum z funduszu Kultury Narodowej, wyjechał na roczne studja do Wiednia gdzie pracował pod kierunkiem prof. Fröschelsa i Doc. Dr. H. Sterna; udał się potem do Berlina, gdzie pracował u Prof. Flataua i do Paryża do Dr. de Parrela. Oprócz tego zwiedził kliniki otolaryngologiczne w Bordeaux, w Strasburgu i w Pradze.

Po powrocie Dr. Dylewskiego z zagranicy została zorganizowana przy Klinice poradnia do wad głosu i mowy oraz rozpoczęta akcja na terenie szkół powszechnych m. Wilna za zgodą Kuratorjum w kierunku badania i leczenia wad mowy i głosu u dziatwy szkół powszechnych.

Dzięki poparciu p. Kuratora Okręgu Szkolnego i życzliwemu stosunkowi Zarządu m. Wilna została utworzona przychodnia szkolna dla uczniów z wadliwą wymową. Kierownikiem tej przychodni został Dr. Dylewski, który objął również opiekę lekarską nad szkołą eksternatem dla głuchoniemych.

Badania nad twardzielą. Pierwsze chwile działalności Kliniki Otolaryngologicznej na terenie Wileńskim pozwoliły stwierdzić,

że istnieją tu na całym terenie ziem, ciążących ku Wilnu, a więc w województwach: Wileńskiem, Nowogródzkiem, Poleskiem i wielu powiatach Województwa Białostockiego (powiat Grodzieński, Wołkowyski, Bielski) ogniska twardzieli. Skłoniło to Kierownika kliniki do zwrócenia się do Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych o udzielenie zasiłku do przeprowadzenia odpowiednich badań na miejscach, skąd pochodzą chorzy twardzielowi. Ministerstwo udzieliło na ten cel zasiłku w wysokości 1000 zł. co pozwoliło wysłać na teren asystentów kliniki Dr. J. Bielunasa w 1929 i 1930 r., dr. L. Berlinerblau w 1931 r. Ci przeprowadzili po wsiach, gdzie były ogniska twardzielowe, w rodzinach chorych i u sąsiadów badanie nosa, gardła i krtani i pobrali krew w celu przeprowadzenia badań serologicznych i bakterjologicznych. Rezultatem tych badań były prace o twardzieli Prof. Szmurły oraz wspomnianych asystentów Kliniki i asystenta Zakładu Bakterjologji Dr. Łapińskiego. Niestety, skromna kwota zapomogowa wobec obszerności terenu i trudności komunikacyjnych pozwoliła zbadać zaledwie $^1/_3$ część ognisk. Badania dalsze mogą być podjęte nanowo w miarę otrzymywania nowych zapomóg.

Udział w zjazdach ogólno-lekarskich, otolaryngologicznych słowiańskich i międzynarodowych. Zarówno Prof. J. Szmurło, jak i asystenci podejmowali szereg prac, z których wyniki referowali następnie na dorocznych zjazdach otolaryngologicznych. Na Zjazdach Lekarzy i Przyrodników Polskich, których w okresie sprawozdawczym było trzy (1925, 1929 i 1933) wygłosił Kierownik Kliniki 3 referaty na tematy zasadnicze.

Z asystentów Kliniki wygłaszali referaty Dr. Wąsowski, Dr. Dylewski, Dr. Berlinerblau i Dr. Wołkowyski.

Szczególną jednak uwagę Prof. J. Szmurło zwrócił na udział w Międzynarodowych Zjazdach Otolaryngologicznych, których w tym czasie odbyło się dwa (w 1928 r. w Kopenhadze i w 1932 w Madrycie).

Wobec stwierdzenia na Wileńszczyźnie znacznej liczby chorych twardzielowych Klinika podjęła szczegółową pracę nad tego rodzaju chorymi zarówno pod względem epidemjologicznym jak i klinicznym, przyczem sam profesor stale badał wszystkie przypadki pod względem histologicznym i referował wyniki swych badań anatomopatologicznych w prasie polskiej i zagranicznej oraz na Międzynarodowym Kongresie w Kopenhadze w r. 1928. Sprawa twardzieli zwróciła tam na siebie powszechną uwagę i temat o twardzieli był postawiony na

porządku dziennym jako jeden z zasadniczych tematów następnego Zjazdu w Madrycie. Wybrany Komitet dla przygotowania wspólnego referatu powierzył Prof. Szmurle rozdział o anatomji patologicznej twardzieli.

Jako delegat Polski na Międzynarodowym Zjeździe w Madrycie w r. 1932 Prof. Szmurło przedstawił szczegółowy referat z powierzonej sobie do opracowania dziedziny p. t. „Anatomie patologique du Sclérome".

Prace doktorskie i habilitacyjne w Klinice. W roku 1925 asystent Dr. T. Wąsowski uzyskał na Wydziale Lekarskim U. S. B. stopień doktora medycyny po przedstawieniu pracy doktorskiej o zmianach formuły leukocytowej w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego. W roku 1930 Dr. Wąsowski uzyskał od Wydziału Lekarskiego *Veniam legendi* po obronie pracy habilitacyjnej i wygłoszeniu wykładu habilitacyjnego.

W roku 1932 Dr. Benedykt Dylewski otrzymał *Veniam legendi* od Wydziału Lekarskiego U.S.B. po przedstawieniu pracy habilitacyjnej i wygłoszeniu wykładu habilitacyjnego.

W roku 1924 Prof. Szmurło został wybrany na członka Francuskiego T-wa Otolaryngologicznego. W roku 1930 został zaproszony na członka Międzynarodowego T-wa Naukowego p. t. „Collegium Otolaryngologicum Amicitiae Sacrum", a w roku 1931 na Kongresie dorocznym tego Towarzystwa wygłosił odczyt p. t. L'enseignement de l'Otolaryngologie dans les Facultés de médecine". W roku 1930 został zaszczycony godnością członka T-wa Otolaryngologicznego Czeskosłowackiego, w r. 1932 został członkiem honorowym T-wa Otolaryngologicznego Madryckiego, w r. 1933 — członkiem honorowym T-wa Lekarskiego Jugosłowiańskiego.

Zebrania tygodniowe kliniczne. Od początku istnienia Kliniki Otolaryngologicznej w Wilnie Prof. J. Szmurło zorganizował tygodniowe posiedzenia naukowe, w których brali udział asystenci, hospitanci i wolontarjusze kliniczni. Na posiedzeniach tych dawano sprawozdania z prac naukowych już podjętych oraz omawiano tematy zasługujące na opracowanie, prócz tego czytano streszczenia prac, ogłaszanych w czasopismach krajowych i zagranicznych, dotyczących otolaryngologji.

Redakcja i wydawnictwo Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego. Od roku 1926 Prof. J. Szmurło podjął się redagowania i wydawania Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego,

będącego organem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, pociągając do współpracy asystentów, którzy dostarczali prac i streszczeń do wydawnictwa. Dr. Wąsowski pełnił obowiązki sekretarza Redakcji, a od roku 1933 drugim sekretarzem Redakcji został Dr. B. Dylewski. Praca redaktorska została wykonana przez J. Szmurłę, w pracy korektorskiej pomagali mu Dr. Wąsowski, który również pomagał w pisaniu streszczeń francuskich i Dr. Dylewski. W ciągu dziesięciolecia sprawozdawczego wydano w Wilnie 8 tomów Przeglądu.

W celu ożywienia ruchu naukowego J. Szmurło założył w Wilnie w 1925 r. Sekcję Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, którego był przez cały czas prezesem. Posiedzenia naukowe T-wa odbywały się mniejwięcej w odstępach miesięcznych w sali wykładowej Kliniki.

Prace naukowe.

Prof. J. Szmurły. 1) Rola i znaczenie otolaryngologji w medycynie, Nowiny Lekarskie 1924 r. Wykład inauguracyjny w U.S.B. 2) O używaniu napojów wyskokowych przez dziatwę szkół powsz. w Warszawie. Opieka nad dzieckiem, 1924. 3) Stan obecny nauk o cuchnącym nieżycie nosa i udział w pracach nad tem cierpieniem polskich rynologów, Pol. Przegląd Otolaryngolog, 1924. 4) Zasadnicze zagadnienia z dziedziny gruźlicy krtani, tamże, 1924. 5) Kilka uwag, w sprawie dróg szerzenia i doszczętnego leczenia raka krtani, Gazeta Lekarska, 1925. 6) Uwagi w sprawie wskazań leczniczych w przypadkach t. zw. polipów nosowo-gardłowych, albo włókniaków młodzieńczych (fibroma juvenilę), tamże. 7) Nasze wody mineralne w leczeniu nosa, gardła i uszu, tamże. 8) S. p. Alfred Sokołowski, wspomnienie pośmiertne, Nowiny Lekarskie, 1925. 9) Kartka z historji Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, Pam. Wil. Tow. Lek. 1925. 10) Organizacja Kliniki Otolaryngologicznej na Wydziale Lekarskim U. S. B. w Wilnie, Pol. Przegl. Otolaryng. 1926. 11) Bliższe i dalsze następstwa operacji doszczętnej ucha środkowego, tamże. 12) **Choroby nosa i jamy nosowogardłowej** podręcznik 1926. 13) Znieczulenie rektalne w otolaryngologji, Pol. Przegl. Otolar., 1927. 14) W sprawie pozycji chorego podczas badania i wydobywania ciał obcych z przełyku zapomocą ezofagoskopji, tamże, 1929. 15) Leczenie ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego. Praktyka Lekarska wydawn. Pol. Gaz. Lek., 1927. 16) Leczenie przewlekłe ropnego zapalenia ucha środkowego, tamże. 17) Ropień zraza czołowego w następstwie ropnego zapalenia zatok sitowych Pol. Przegl Otolar., 1928. 18) Kilka uwag o twardzieli pod względem klinicznym i anatomopatologicznym, tamże. 19) Wrażenia z 1 Zjazdu międzynarodowego w Kopenhadze, tamże. 20) Quelques remarques sur le sclérome au point de vue clinique et anatomopathologique, Otolaryngologia Slavica, 1928. 21) Skrzywienie przegrody w świetle cyfr i spostrzeżeń (wspólnie z Dr. Wąsowskim), Pol. Przegl. Otolaryng., 1928. 22) Powikłania wewnątrzczaszkowe i oczodołowe w następstwie ostrych i przewlekłych zapaleń jam bocznych nosa, tamże. 23) Przypadek guza wodociągu Sylwjusza z objawami guza kąta móżdżkowomostowego, Pol. Gazeta Lekarska, 1929. 24) Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny prak-

tycznej, Nowiny Lekarskie, 1929. 25) L'enseignement de l'otolaryngologie dans es Facultés de Médecine en Pologne, Archiwes Internationales d. l'otolaryngologie 1929. 26) W sprawie naszego czytelnictwa lekarskiego, Pol. Gazeta Lekarska 1930, Kronika dentystyczna 1930. 27) Schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych w wieku szkolnym. Wychowanie Fizyczne 1930. 28) Zaburzenia mowy w związku z cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, Wychowanie Fizyczne 1930. 29) Z kazuistyki błędów rozpoznawczych w dziedzinie schorzeń mózgowych w związku z cierpieniami uszu i nosa. Pamiętnik Wil. Tow. Lekarsk. 30) **Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydanie Koła Medyków U. S. B., Wilno, 1930. 31) Alkoholizm a gruźlica. Gruźlica 1931. 32) Walory lecznicze Ciechocinka 1931. Nowiny Społeczno Lekarskie. 33) Uber die rektale Aethernarkose im der Otorhinolaryngologie Menatschr. f. Ohr. 1930. 34) Podręczna lampa do prześwietlania zatok szczękowych i czołowych. P. Przegl. Otolaryng. Tom 7-y. 35) Wyniki zapoczątkowanych przezemnie badań ognisk twardzielowych na terenie Województw Północno-Wschodnich. P. Gaz. Lek. 1931. 36) **Choroby krtani i tchawicy** Wilno, 1931. Podręcznik dla lekarzy i studentów Wydanie. Koła Medyków U. S. B. 37) Nasze szpitalnictwo a oddziały otolaryngologiczne P. P. Otolar. T. VIII-zesz. 1 — 2. 38) O pewnych zboczeniach w budowie małżowiny usznej. P. Przegl. Otolaryng. T. VIII, z. 3—4. 40) **Anatomie pathologique** du sclérome. II Congrès Internd. d'Otorhinolaryngologie. Rapport sur le sclérome. 41) Quelques remarques sur l'enseignement de l'Otolaryngologie dans les Facultés de Médecine. Acta Otolaryngologica 1932 T. 17. 42. II Zjazd Międzynarodowy w Madrycie P. Prz. Otol. T IX, zesz I. 43) **Choroby ucha.** Podręcznik dla lekarzy i studentów, 1933. Wydanie Koła Medyków U. S. B. 44) **Schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych i ucha Higjeny mowy.** Wydawnictwo zbiorowe Kopczyńskiego Higjena Szkolna 1933. 45) Postępowanie lekarza praktyka wobec ropotoku usznego. Wykład na V kursie Wakacyjnym w Ciechocinku i Lekarz Polski 1933. 46) Ostre ropne zapalenie ucha środkowego u dorosłych P. Przegl. Otolaryngologiczny T. 9, zesz. 3 — 4, 1933.

Doc. Dr. Benedykta Dylewskiego. 47) Badania nad próbą ochładzania wyrostka sutkowego w przypadkach zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego. Pol. Przegl. Otolar. T. IV, zesz. 1—2, 1927. 48) Przyrząd do ustalania głowy chorego podczas operacji na głowie. Pol. Przegl. Otolar. T. IV, zesz. 3, 1927. 49) Dłótko własnego pomysłu do operacji w głębi wyrostka sutkowego. Pol. Przegl. Otolar. T. IV, zesz. 3, 1927. 50) Badania nad rolą podniebienia miękkiego w mowie i śpiewie. Pol. Przegl. Otolar. T. V, zesz. 1—2, 1928. 51) Przypadek ostrego ropnego zapalenia wyrostka sutkowego o nietypowym przebiegu. Pol. Przegl. Otolar. T. V, zesz. 1—2, 1928. 52) Z Kazuistyki uszkodzeń oczodołu (wspólnie z Doc. Abramowiczem) Pol. Przegl. Otolaryn. T. V, zesz. 1—2, 1928. 53) O leczeniu argyrolem ozeny i zatok bocznych nosa, Pol. Przegl. Otolar. T. V, zesz. 3-4, 1928. 54) Uwagi o błonicy ucha środkowego. Nowiny Lekarskie, zesz. 11, 1928. 55) Szeplenienie i jego leczenie w świetle najnowszych badań i spostrzeżeń. Pol. Przegl. Otolar. T. VI, zesz. 2—3, 1929. 56) Z kazuistyki chorób mowy i głosu. Pol. Przegl. Otolar. T. VI, zesz. 4, 1929. 57) Przypadek błonicy nosa po rezekcji przegrody. Pol. Przegl. Otolar. T. VI, zesz. 4, 1929. 58) Uwagi o reraniu. Pol. Przegl. Otolaryng. T. VII, zesz. 1, 1930. 59) Pierwotna błonica ucha środkowego. Nowiny Lek. zesz. 10, 1930. 60) Wady mowy i głosu w wieku szkolnym. Pol. Gaz. Lekarska

Nr. 32, 1930. 61) Wady mowy i ich leczenie na terenie szkoły. „Szkoła Specjalna", Nr. 1, 1930. 62) Uber die Sprachentwicklung bei der multiplem Interdentalität. Monatschrifrit für Ohr. Heft 8—9, 1929. 63) Beiträge zur Sigmatizmus frage. Monatschrift für Ohr., Heft 11, 1929 (wspólnie z prof. Fröschel'em). 64) Co lekarz o rozwoju mowy u dziecka wiedzieć powinien. Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, zesz. 3, 1930. 65) O falowaniu błoniastej przegrody nosa po rezekcji przegrody. Pol. Przegl. Otolar., 1930. 66) Uber Diphterie des Mittelohres. Monatschrift für. Ohr., Jg. 65, Heft 2. 67) O podśluzowem rozszczepieniu podniebienia twardego Pol. Przegl. Otolaryng. T. VII, zesz. IV, 1931. 68) Przyczynek do badania szeplenienia bocznego. Pol. Przegl. Otol. T. VII, zesz. 4, 1931. 69) Wskazówki dla kuracjuszy, leczących się w Druskienikach, 1931. 70) Badania nad odruchami gardłowemi. Pam. Wil Tow. Lek., zesz. 2–5, 1931. 71) Badania porównawcze nad budową przegrody nosowej a rozwojem sąsiednich narządów. Pom. Przegl. Otolar. T. VIII, zesz. 3—4, 1932. 72) W sprawie wydawania głosu zapomocą strun rzekomych krtani. Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, zesz. 2—3, 1932. 73) Leczenie w Druskienikach chorób nosa, gardła i uszu. Nakład Komisji Zdrojowej, 1932. 74) O nauczaniu na Uniwersytetach techniki badań uszu, nosa i gardła. Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, zesz. 6, 1932, 75) O niemocie słyszących (audimutitat) Pol. Przegl. Otol. T. IX, zesz. 2, 1933. 76) O ropniach krtani. Medycyna Nr. 9, 1933.

Doc. Dr. Tadeusza Wąsowskiego. 77) Rzadki przypadek znalezienia wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta w ropniu mózgu (Pol. Gaz. Lekarska, 1924) 78) Dwa przypadki ropnia zimnego języka, Pol. Gaz. Lek, 1924). 79) Wpływ promieni Roentgena na krzepliwość krwi i formułę leukocytową w świetle własnych spostrzeżeń (wsp. z Dr. Mienickim) Pol. Gaz. Lek, 1925. 80) Przyczynek do działania panitryny w cierpieniach przewlekłych ucha środkowego, Nowiny Lek., 1925. 81) Formuła leukocytowa w ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze, z uwzględnieniem bakterjologji tych cierpień. (Praca doktorska) Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, 1925. 82) Przypadek chłoniaka gardła (Pol. Przegl. Otolar., 1925). 83) Kilka uwag o leczeniu cuchnącego nieżytu nosa, Pol. Gaz. Lek., 1926. 84) Laseczka Vincenta w klinice otolaryngologicznej, Pol. Przegl. Otol., 1925. 85) Kilka uwag o cierpieniach ucha, wywołanych zakażeniem paciorkowcem śluzowym, Pol. Przegl. Otolar., 1926. 86) Przyczynek do sprawy pochodzenia torbieli zębowych. Pol. Przegl. Otolar, 1926 i Kron Dent., 1927). 87) Przypadek wyleczenia ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego (wsp. z Dr. Dowgiałłówna). Pol. Gaz. Lek., 1926). 88) Pneumatyzacja wyrostka sutkowego a ropienie ucha, Pol. Przegl. Ot., 1926. 89) Wole oko i obustronny przerost małżowiny usznej pochodzenia przysadkowego (wsp. z Dr. Abramowiczem). Pol. Przegl. Ot., 1926. 90) Płyn Calota w ropnem zapaleniu ucha środkowego, Pol. Przegl. Otol., 1926, a) to samo w języku niemieckim. Mon. f. Ohr., 1927. 91) O działaniu psikainy Mercka (wsp. z dr. Totwenem), Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, 1926, a) to samo w języku niemieckim. Mon. f. Ohr., 1927, 92) Stosunek wyrośli adenoidalnych u dzieci do systemu wegetatywnego. Pol. Przegl. Otol., 1927, a) to samo w języku francuskim. Annal. des mal. de l'oreille, 19 8. 93) Jaglica a nos (wsp. z Dr. Abramowiczem), Pol. Gaz. Lek., 1927, a) to samo w języku francuskim. Acta Otolar. V. XI. F. 4. 94) „Psikain N" Merck. (wsp. z Dr. Totwenem). Pol. Gaz. Lek., 1927. 95) Emploi des Antivirus Besredka en Otologie. Com. ren. de la Soc. de Biol. T. XCVIII. 96) Skrzywienie przegrody nosowej w świetle cyfr i spostrzeżeń (wsp. z Prof. Szmurłą). Pol. Przegl. Otol.

1928. 97) Kiła ucha. Pol. Przegl. Otol., 1928—1929. Nagrodzona przez Wydz. Lekarski U. S. W. 98) Do kazuistyki kiły wrodzonej później. Pol. Przegl. Otolar. 1928. 69) Metoda plastycznego zamknięcia otworu za uchem powstałego po zabiegu doszczętnym. Pol. Przegl. Otol., 1928. 100) Kilka uwag w sprawie znaczenia zmian wzoru leukocytowego w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach. Pol. Przegl. Otolar., 1929. 101) Badania doświadczalne nad wpływem eterowej rektalnej narkozy na wątrobę. Nowiny Lek., 1950. 102) Badania doświadczalne nad wpływem niektórych środków nasennych i narkotycznych na układ przedsionkowy i kanałów półkolistych. Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, 1929. (Praca habilitacyjna). 103) Proteino i wakcynoterapja w Otolaryngologji. Pol. Przegl. Otolar., 1929. 104) Do kazuistyki uszkodzeń krtani. Pol. Przegl. Ololar. 1929. 105) Przypadek raka tchawicy. Pol. Przegl. Otol., 1929, a) to samo w języku niemieckim. Otolaryng. Slav., 1930. 106) Kilka uwag w sprawie usuwania ciał obcych z przełyku. Pol. Przegl. Otolar., 1930. 107) Niezwykły przypadek ropnia przegrody nosowej. Pol. Przegl. Otolar., 1230. 108) Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych a Otolaryngologja. Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, 1930. 109) Wpływ adrenaliny i ephetoniny na odruchy błędnikowe. Pol. Przegl. Otolar., 1930. Nagrodzona przez Wydział Lekarski U. S. B., a) to samo w języku niemieckim. Mon f. Ohr., 1931. 110) Rola układu naczynioruchowego w powstawaniu odruchu cieplnego błędnika. Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, 1930. 111) Przyczynek do sprawy uśpienia eterowego drogą wlewań przez odbytnicę. Pam. Wil. Tow. Lek., 1931 112) Revue analytique des travaux oto-rhino-laryngologiques en langue polonaise au cours des annees 1925—1939. Otolar. Slavica, 1931. 113) Wpływ odmy sztucznej i wyrwania nerwu przeponowego na przebieg gruźlicy krtani (wsp. z Dr. Totwenem), Nowiny Lek, 1931, a) to samo w języku niemieckim. Mon. f. Ohr., 1931. 114) Oświetlacz praktyczny do badań otolaryngologicznych własnego pomysłu. Pol. Przegl. Otolar., 1930, a) to samo w języku niemieckim. Otolar. Slavica, 1931. 115) Revue analytiques des travaux oto-rhino-laryngologiques publiés en langue polonaise au cours de l'année, 1930. Otol. Slav., 1931. 116) Do kazuistyki ropni Citelli'ego. Pol. Przegl. Otol., 1930. 117) Do kazuistyki zakrzepu zatoki jamistej pochodzenia usznego. Pol. Przegl. Otolar., 1931. 118) Ciało obce w oskrzelu przebywające tam czas dłuższy (wsp. z Dr. Libo). Pam. Wil. Tow. Lekarskiego, 1931. 119) Wplyw pernoktonu na odruchy błędnikowe. Pol. Przegl. Otol., 1931. 120) Wpływ gruczołów dokrewnych na odruchy błędnikowe. Pam. W. T. L., 1932. Nagrodzona, przez Wydział Lekarski U. S. B., a) to samo w języku niemieckim. Mon. F. Ohr., 1932. 121) Wpływ jednostronnej próby cieplnej na narząd statyczny drugiego ucha. Pol. Przegl. Otolar. Nagrodzona na konkursie Pol. Tow. Otolar. 122) Revue analytique des travaux oto rhino-laryngologiques publiés en langue polonaise au cours de l'annee, 1931. Otolar. Slav., 1933. 123) Znieczulenie avertynowe a odruchy błędnikowe. Pol. Przegl. Otol., 1932. 124) Przyczynek do leczenia Roentgenem raka krtani (wsp. z Dr. Bohuszewiczem). Pol. Gaz. Lek., 1932. 125) Przewlekłe ropne zapalenie zatoki szczękowej w świetle cyfr i spostrzeżeń kliniki wileńskej. Nowiny Lek., 1932, a) to samo w języku niemieckim. Mon. f. Ohr., 1933. 126) Klinika gruźlicy krtani. Gruźlica, 1932. 127) Badania porównawcze nad wartością różnych metod diafanoskopji w cierpieniach zatoki szczękowej. Wiedza Lekarska, 1933. Nagrodzona na konkursie Wiedzy Lekarskiej. 128) Przyczynek do występowania i przebiegu zapalenia opon mózgowych w następstwie schorzeń usznych u dzieci (wsp. z Dr. Lidzką). War. Czasop. Lek., 1933. 129) Powikłania

wewnątrzczaszkowe w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego na podstawie materjału kliniki wileńskiej. Medycyna, 1933. 130) O znakowaniu zmian chorobowych w gruźlicy krtani. Gruźlica, 1933. 131) Przyczynek do kazuistyki ostrej białaczki limfatycznej z zespołem Mikulicza (wsp. z dr. Lidzką). Pol. Gaz. Lek., 1933.

Dra K. Sawicza. 132) O amyloidzie podstawy języka i krtani. P. Przegl. Otol. T. V.

Dra Jana Bielunasa. 133) Diagnostyczne znaczenie odczynu wiązania dopełniacza w twardzieli, t. VII. P. Prz. Otol.

Pułkownika Lekarza F. Swierzyńskiego, asyst. łączn. 134) Wyrośla adenoidalne w wieku dojrzałym. P. Prz. Otol. Tom III.

Majora lekarza P. Rozwadowskiego, asyst. łącznik. 135) Przyczynek do leczenia schorzenia zatok nosowych argyrolem. P. Przegl. Otol. T. III. 136) Półpasiec uszny (Herpes Zoster Oitcus) P. Prz. Otol. T. IV. 137) Jony cynku w leczeniu ropień ucha środkowego. P. Przegl. Otol.

Dr. L. Berlinerblau. 138) Sorelogja, bakterjologja i symptomatologja twardzieli. P. Gaz. Lekarska 1932. 139) Nowy sposób leczenia przewlekłego ropotoku usznego. Wiedza Lekarska 1933.

Doktora Noacha Wołkowyskiego. 140) Ostre zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego u dzieci. Pol. Przegl. Otolar., 1932. 141) Rzadki przypadek jednoczesnej błonicy i raka nosa. Medycyna, 1933. 142) Krwawienie podczas i po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych, oraz sposoby zapobiegania, Medycyna, 1933

Doktora Józefa Mazurka. 143) Współczesny pogląd na zakażenia zarazkami Plaut - Vincenta. Pam. Wil. Tow. Lek. 1933 r.

Poza wymienionemi wyżej pracami, wyszły jeszcze z Kliniki dwie prace, wykonane przez słuchaczów medycyny pod kierownictwem Prof. J. Szmurły na konkurs doroczny ogłaszany przez Radę Wydziału U. S. B. Obie prace uzyskały nagrodę Rady Wydziałowej.

Prace te są następujące:

Student **J. Pieńkowski.** 144) Wielkość i postać małżowiny usznej u ludności polskiej na Wileńszczyźnie. P. Przegl. Otol. T. 423.

Student **W. Szyran.** 145) z wyników badania słuchu zapomocą szeptu u osób z normalnym słuchem. Rękopis w Klinice i w Dziekanacie.

SPRAWOZDANIE

z działu chorób uszu Kliniki Otolaryngolog. U.S.B. za okres czasu od 1924 do 1934 roku.

W okresie sprawozdawczym leczono w Klinice chorych usznych 678 w tem mężczyzn 359, kobiet 319.

Zapalenia ochrzęstnej małżowiny usznej leczono 1 przypadek mężczyzny w wieku od 20 do 30 lat. Cierpienie powstało po operacji doszczętnej ucha. W wyniku procesu pozostało zniekształcenie małżowiny.

Przypadków *raka małżowiny usznej* było w leczeniu 3. Dotyczyły mężczyzn w wieku: od 20 do 30 lat—1, po 40 roku życia—2. Proces umiejscowił się na lewej małżowinie u 2 chorych, na prawej — u 1. Cierpienie było przewlekłe — od roku do dwóch lat. We wszystkich przypadkach guz miał skłonność do rozpadu. W jednym przypadku usunięto nowotwór na drodze operacyjnej, w dwóch— zastosowano elektrokoagulację. Nawrotów nie notowano.

Przypadków *zapalenia ucha zewnętrznego* było 20 (8 m. i 12 k.) Do 10 lat życia było chorych 3, od 10 do 20 lat — 2, od 20 do 30 lat—8, od 30 do 40 lat 4, po 40 roku życia 3. Cierpienie lewostronne notowano 6 razy, prawostronne — 7, obu uszu jednocześnie — 7. Raz jeden wrzodzianki przewodu powstały po przebytej odrze, 2 razy po grypie, w pozostałych przypadkach rozwój procesu zapalnego w uchu nie dało się powiązać przyczynowo z jakiemś cierpieniem zakaźnem. Bakterjologiczne badanie ropy wykryło w 7 przypadkach obecność gronkowców, w 5 — paciorkowców. Badanie krwi wykazało w 4 przypadkach leukocytozę. Z objawów dominowały mocne bóle, rwące, świdrujące, najczęściej ześrodkowane w uchu, czasem promieniujące ku zębom. Przebieg bywał pomyślny, w 6 przypadkach należało uciec się do przecięcia.

Exostoży przewodu zewnętrznego leczono 1 przypadek — mężczyzny po 40 roku życia. Dotknięte było prawe ucho, sprawa rozwinęła się po uderzeniu. Choremu dokonano operacji plastycznej.

Zarośnięcia przewodu było 2 przypadki — mężczyzn w wieku od 20 do 30 lat (1) i po 40 roku życia (1). Raz proces był obustronny, raz zajęte było ucho prawe. W 1 przypadku przyczyną było oparzenie ucha kwasem siarczanym, w drugim ropne zapalenia ucha środkowego. W tym ostatnim cierpienie trwało od 4 miesięcy. Chorego operowano radykalnie. W drugim przypadku wykonano operację plastyczną.

Chorych na *ostre nieżytowe zapalenie ucha środkowego* (otitis med. ac. simpl.) mieliśmy 9, w tem mężczyzn – 3, kobiet 6. W wieku do lat 10 notowano 2 przypadki, od 10 do 20 lat — 1, od 20 do 30 lat 3, od 30 do 40 lat—2, po 40 roku życia—1. 3 razy dotknięte było ucho lewe, 2 razy—prawe, 4 razy—oba. Grypa była podawana jako przyczyna cierpienia w 4 przypadkach, raz zapalenie ucha powstało po urazie, w pozostałych przyczyny nie ustalono. Z objawów zwracały uwagę krótkotrwałe, napadowe bóle ucha i zatkanie ucha. Słuch bywał stosunkowo mało obniżony, w 2 tylko przypadkach był dla szeptu poniżej 0,5 mtr. W 2 przypadkach zajęciu ucha środkowego towarzyszył niedowład n. twarzowego, przyczem w 1 przypadku powikłanie to ustąpiło szybko z chwilą cofnięcia się sprawy zapalnej w uchu, w drugim natomiast trwało szereg tygodni. Wszystkie przypadki ostrego zapalenia ucha zakończyły się pomyślnie.

Ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego mieliśmy w leczeniu 284 przypadki, w tem mężczyzn 138, kobiet 146. W wieku do 10 lat było 82 chorych, od 10 do 20 lat – 44, od 20 do 30 lat—55, od 30 do 40 lat—50, po 40 roku życia—53. Lewe ucho zajęte było 131 razy, prawe 105, oba—48.

Ostre zapalenie ucha wystąpiło po grypie w 70 przypadkach, po katarze nosa — w 31, po anginie — w 18, po płonicy — w 10, po śwince – w 2, po durze osutkowym—w 1, po ospicy – w 1. W 3 przypadkach przyczyną zapalenia ucha był uraz, w 1—operacja wewnątrznosowa, w 1 — adenotomja; 2 razy cierpienie powstało po krwotoku nosowym, 2 razy po zapaleniu zatok bocznych nosa, w 1 przypadku rozwinęło się u chorego z przymiotem dziedzicznym. Pozostałe 141 przypadki należało odnieść do otitis med. genuina.

Z cierpień nosa, jamy nosowogardłowej i gardła, towarzyszących sprawie chorobowej w uchu, należy odnotować: skrzywienie przegrody nosowej (8 przypadków) wyrośla adenoidalne (5 przyp.) ozena (2 przyp.), przerost migdałków podniebiennych (1 przyp.), zapalenie zatok sitowych (1 przyp.), zatok szczękowych (2 przyp.).

Sprawa chorobowa ograniczyła się tylko do jamy bębenkowej w 91 przypadkach, była powikłana zapaleniem komórek sutkowych w 193.

Bakterjologiczne badanie wydzieliny z ucha wykazało:

Paciorkowce w 84 przypadkach, w tem paciork. śluzowy w 6,

gronkowce . . . . w 64 przypadkach
paciork. i gronk. . . . . w 6 „
pneumokoki . . . . w 12 „

dwoinki Gr. plus	w	6	przypadkach
las. grypy	w	2	„
las. błonicy	w	1	„
las wrzecion i krętki Pl. V	w	1	„
las. t. b. c.	w	1	„
bac. pyocyaneus	w	1	„

Jak widać z podanych cyfr, przewaga była po stronie paciorkowców.

Z objawów podmiotowych dominowały bóle ucha kłujące, rwące, ograniczone do ucha i najbliższego otoczenia (102 przyp.) lub rozszerzające się na całą głowę (97 przyp.). Największe nasilenie bólu występowało zazwyczaj w nocy. W przypadkach niepowikłanych ból zmniejszał się lub ustępował z chwilą zjawienia się wycieku, bądź drogą samoistnego pęknięcia błony bębenkowej, bądź po paracentezie.

Badanie słuchu wykazywało zwykle dość znaczne jego obniżenia Słuch dla szeptu powyżej 1 mtr. notowano w 18 przypadkach, powyżej 0,5 mtr. — w 73, przy uchu (a. c) — w 142, równy 0 — w 11.

Przewodnictwo kostne najczęściej bywało przedłużone lub bliskie do normalnego, w 3 przypadkach jednoczesnego zajęcia ucha wewnętrznego było skrócone. Weber lateralizowany w stronę chorego ucha lub w sprawie obustronnej — w stronę bardziej zajętego. Rinne ujemny, zwłaszcza dla stroika C 128.

Z 284 przypadków ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego doszło do samoistnego pęknięcia błony bębenkowej (najczęściej w dolno-przednim odcinku) w 218, w 27 przypadkach należało w Klinice dokonać paracentezy.

Przypadków, powikłanych zajęciem wyrostka sutkowego, było 193. U 16 chorych sprawa w wyrostku sutkowym ustąpiła pod wpływem leczenia zachowawczego, w pozostałych 177 przypadkach doszło do zabiegu operacyjnego. W tych ostatnich przypadkach z objawów, charakterystycznych notowano: ropień podokostnowy 11 razy, bolesność lub obrzmienie wyrostka sutkowego 170 razy, opadnięcie górnej lub tylno-górnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego — 32, obfite ropienie z tętniącym refleksem ropnym w 29 przypadkach. Z badań pomocniczych przeprowadzano cytologiczne badanie krwi, próbę Zalewskiego i badania rentgenologiczne wyrostków sutkowych. W 75 przypadkach notowano zmianę formuły leukocytowej polegającą na: leukocytozie większej niż w przypadkach niepowikłanych, zwiększeniu liczby obojętnochłonnych z przesunięciem jąder w lewo,

obniżeniu cyfr limfocytów i eozynochłonnych, rzadszem występowaniu komórek tucznych i plazmatycznych.

Próba Zalewskiego wypadła dodatnio 49 razy, wykazując cyfry ponad 3, w 4 przypadkach, które doszły do operacji, cyfry były niższe.

Radjografja dawała nam nietylko wskazania co do istnienia zmian chorobowych w wyrostku sutkowym, lecz wykazywała charakter tych zmian, umiejscowienie, wreszcie budowę wyrostka sutkowego, jego topograficzne właściwości, stopień upowietrznienia. Dane, uzyskane badaniem reontgenologicznem, stwierdzano zwykle na stole operacyjnym. Z 80 przypadków mastoiditis ac., w których odnotowano budowę wyrostka w 54 razach wyrostek był mocno pneumatyzowany, 22 razy diploetyczny, 4 razy sklerotyczny. Komórki powietrzne w części przypadków rozmieszczone były równomiernie w kości, w części zaś spostrzegano duże komórki u szczytu wyrostka lub w okolicy górnego kąta zatoki poprzecznej. W 4 przypadkach upowietrznienie rozszerzało się i na wyrostek jarzmowy. Z 54 przypadków wyrostka pneumatycznego w 10 spostrzegano ropień podokostnowy, w 12 – ropnie okołozatokowe (lub zewnątrzoponowe) w 1 — zakrzep zatoki esowatej. Z 22 przypadków wyrostka diploetycznego i 4 sklerotycznego tylko w 1 znaleziono ropień podokostnowy, 3 razy była mastoiditis Bezoldi z przebiciem się ropy do tkanek miękkich pod wyrostkiem, 19 razy ropnie okołozatokowe (lub zewnątrzoponowe), 2 razy zakrzep w zatoce, powikłany ropnicą.

Operację wykonywano najczęściej w ogólnem znieczuleniu 91 razy użyto uśpienia eterowego przez odbytnicę, 80 chorych usypiano drogą inhalacyjną. W 6 przypadkach zastosowano znieczulenie avertynowe z następczem dodaniem eteru na masce. Z powikłań podczas narkozy wskazać należy na zapaść z zejściem pomyślnem (3 razy), mocne podniecenie chorych (6 razy); po narkozie spostrzegano 5 razy zapalenie płuc o przebiegu łagodnym, raz jeden biegunkę, raz pieczenie w kiszce stolcowej, trwające kilka dni po zabiegu.

Ze 177 przypadków trepanacji w mastoiditis acuta w 167 nastąpiło kompletne wyleczenie. 26 chorych wypisano po upływie 10 dni od operacji, 58—po 15 dniach, 32—po 3 tygodniach, 30—po miesiącu, 18—po 40 dniach. Z powikłań pooperacyjnych notowano: w 2 przypadkach niedowład n. twarzowego, w 1—ropowicę szyi, w 1—przetokę za uchem, w 3 — różę. 10 przypadków zakończyło się zejściem śmiertelnem: 7 — od ropnego zapalenia opon mózgowych, 1 — od

ropnicy pochodzenia zatokowego, 1 — od ropnia móżdżku (z następczem zapaleniem opon,, 1—od ropnego zapalenia błędnika.

Z powikłań wewnątrzczaszkowych, notowanych na naszym materjale, w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego należy wskazać: ropień zewnątrzoponowy, ropne zapalenie opon mózgowych, zakrzep zatoki jamistej, ropień mózgu, ropień móżdżku.

Ropni zewnątrzoponowych było 31 (15 m. i 16 k.). W wieku do lat 20 było 8 przypadków, do 40 — 8, po 40 — 15. W ropie najczęściej wykrywano paciorkowce (w 17 przypadkach, z tego w 1 — strep. mucosus). W 4 przypadkach znaleziono gronkowce, w 3 — dwoinki Gr. + w 1—bac. pyocyaneus. Największa liczba ropni zewnątrzoponowych przypadała na 4 tydzień cierpienia ucha.

Ropnie zewnątrzoponowe częściej spotykano w wyrostkach o budowie diploetycznej. Wybitne przodowanie zatoki poprzecznej stwierdzono tylko w 3 przypadkach.

Z objawów podmiotowych zasługują na podkreślenie mocne, kłujące bóle ucha, zmniejszające się po oczyszczeniu ucha i odessaniu ropy, tętnienie wydzieliny ropnej i opadnięcie tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego.

Otwarcie i usunięcie ogniska ropnego w kości dało we wszystkich przypadkach pomyślne wyniki.

Ropnego zapalenia opon mózgowych było 9 przypadków (6 m. i 3 k.). Największy odsetek przypadł na wiek do 5 lat (5 przyp.) i od 30 do 40 lat (4 przyp.). 4 razy powikłanie to wystąpiło w przebiegu prawostronnego zapalenia ucha, 3 razy w przebiegu lewostronnego, 2 razy w obustronnem. 7 chorych zmarło, los jednego chorego jest nieznany, gdyż rodzina zabrała go w stanie ciężkim, jeden chory wyzdrowiał. Sekcja w 4 przypadkach wykazała rozlane ropne zapalenie opon mózgowych, w 1 — zapalenie opon okolicy podstawy czaszki. W 3 przypadkach przyczyną cierpienia była grypa, w 1 — odra, w 1 — jakoby ostre cierpienie dróg pokarmowych, w 4 — była otitis genuina. W 2 przypadkach sprawa chorobowa przeszła na opony drogą błędnika. Z 5 przypadków operowanych, w 2 znaleziono znaczną pneumatyzację wyrostka sutkowego, w 3 — kość diploetyczną.

Z objawów chorobowych występowały: bóle głowy, niepokój, zawroty głowy, wymioty, podniesiona ciepłota, o charakterze zwalniającym, a w przypadkach szybko rozwijającego się zapalenia opon — stałym. Odruchy skórne i ścięgniste częściej były wzmożone (7 przyp.) w 2—zniesione. Wybitny dermografizm był notowany tylko w 3 przypadkach; objaw Kerniga występował w 7 przypadkach, sztywność

karku — w 6, szczękościsk w 1, objaw Gordona — w 2. Afazję notowano w 1 przypadku rozlanego zapalenia opon. Brak odruchu ze strony źrenic spostrzegano w 3 przypadkach. Tarcza zastoinowa była w 4 przypadkach. 2 razy notowano niedowład dolnej gałęzi n. twarzowego po stronie chorego ucha, raz towarzyszył mu niedowład n. okoruchowego po stronie przeciwnej. W 1 przypadku przejścia sprawy drogą błędnika mieliśmy głuchotę na chore ucho, brak pobudliwości przedsionka i samoistny oczopląs poziomoobrotowy trzeciego stopnia w stronę zdrowego ucha. W 1 przypadku jednoczesnego ropnia móżdżku i ropnego zapalenia opon widzieliśmy oczopląs poziomy najpierw w stronę zdrową, a w końcu choroby w stronę chorego ucha.

Hemogram wykazywał wysokie cyfry obojętnochłonnych, znaczne przesunięcie jąder wlewo, zmniejszenie liczby limfo i monocytów, brak eozynochłonnych.

Płyn mózgowordzeniowy częściej bywał mętny, ciśnienie płynu w 4 przypadkach było wybitnie wzmożone, w 2—znacznie obniżone. W 4 przypadkach znaleziono w płynie dwoinki Gr. +, w 1—paciorkowce. W tym ostatnim nastąpiło wyzdrowienie.

W 1 przypadku dziewczynki 6 lat mieliśmy meningitis serosa aseptica, zakończone wyzdrowieniem.

Przypadków *zakrzepu zatok mózgowych* było cztery, W 1 przypadku dziecka 3 lat, zakończonym zejściem śmiertelnem, znaleziono na sekcji prócz zakrzepu zatoki poprzecznej—zakrzep zatoki skalistej górnej i zatok jamistych. Objawy (utrata przytomności, T^0 — 40^0, tętno nikłe, do 150 na minutę, sztywność karku, Kernig, brak odruchu ze strony źrenic, niedowład prawej ręki i nogi) nie pozwoliły rozpoznać cierpienia za życia.

W 3 innych przypadkach mieliśmy zakrzep zatoki esowatej przy typowych objawach posocznico-ropniczych. Dotyczyły mężczyzn w wieku od 10 do 40 lat. U 2 chorych powikłanie to rozwinęło się samoistnie drogą istniejącego ropnia zewnątrzzatokowego, u trzeciego powstało po zranieniu ściany zatoki przy zabiegu. Wszystkie zakończyły się pomyślnie. Raz posiew krwi dał białego gronkowca, w pozostałych przypadkach wypadł jałowy. Dwóm chorym podwiązano żyłę szyjną.

W 1 przypadku mieliśmy *ropień mózgu* — płata skroniowego lewego (górnego i środkowego). Dotyczyło to chorego 37 lat, cierpiącego na napady drgawek z utratą przytomności. Chory nawpół przytomny, nie może przypomnieć nazw przedmiotów, chód niepewny,

t^0 — 36,8^0, tętno 54, źrenice reagują opieszale, odruchy ścięgniste nieco wzmożone. Odczyn cieplny osłabiony. Chory nie był operowany Zejście śmiertelne.

Na sekcji znaleziono liczne wybroczyny i rozmiękczenia w tylnej części płata skroniowego lewego (górnego i środkowego). Wybroczyny na dnie czwartej komory.

W 1 przypadku (kobiety w wieku od 30 do 40 lat) burzliwie rozwijającego się w ostrem ropieniu ucha ropnego zapalenia opon mieliśmy na sekcji powierzchowne ognisko rozmiękczenia w *móżdżku* po stronie chorego ucha. Istniejące objawy błędnikowe, samoistny oczopląs najpierw w stronę zdrowego ucha, potem w stronę chorego porażenie n. okoruchowego, tarcza zastoinowa — pozwoliły ustalić przejście sprawy na móżdżek drogą błędnika.

W 1 przypadku ostrego zapalenia ucha mieliśmy zespół objawów *surowiczego zapalenia błędnika.* Po trepanacji wyrostka sutkowego sprawa zaczęła się cofać, dając restitutio ad integrum. W innym przypadku (mężczyzna 30 lat) objawy błędnikowe wystąpiły przed operacją, znikając powoli po zabiegu. Na 10-ty dzień nastąbiło nasilenie sprawy w błędniku, co zmusiło do jego otwarcia. Jednak zabieg nie uratował chorego — rozwinęło się ropne zapalenie opon, zakończone zejściem śmiertelnem.

Przypadków *przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego* leczono w klinice 298, w tem 166 mężczyzn, 132 kobiety. W wieku do lat 10 było 44 chorych, od 10 do 20 lat — 91, od 20 do 30 lat — 81 od 30 do 40 lat 44 i po 40 roku życia—38. Z 18 przypadków ostrego zapalenia komórek sutkowych, jakie mieliśmy u chorych z przewlekłem ropieniem ucha, 14 odpowiadało młodzieńczemu okresowi życia. 119 razy notowano lewostronne ropienie ucha, 99 razy — prawostronne, 80 razy zajęte były oba uszy. W 181 przypadkach proces chorobowy w uchu trwał od dzieciństwa, w 54—od 4—5 lat, w 31 — od 1 roku, w 32—od 4—6 miesięcy. Tak znaczną częstość powstawania przewlekłego ropnego zapalenia ucha w dzieciństwie tłumaczy fakt, że najczęstszą przyczyną tego cierpienia bywała w naszych przypadkach przebyta we wczesnem dzieciństwie płonica (46 razy). Z innych chorób zakaźnych odgrywała u naszych chorych w etjologji przewlekłego ropotoku dość znaczną rolę grypa (20 razy), potem dur brzuszny (8 r.) odra (6 r.) dur osutkowy (4 r.), zapalenie płuc (4 r.), angina (3 r.), krztusiec (2 r.), błonica (1 r.), róża (1 r.), ospica (1 r.), świnka (1 r.). W 4 przypadkach przewlekłe ropienie ucha rozwinęło się po urazie.

Bakterjologiczne badanie ropy z ucha wykonane było w 77 przypadkach. 33 razy stwierdzono obecność paciorkowców, 8 razy — gronkowców, 32 razy znalezione były oba gatunki drobnoustrojów wspólnie, w 1 przypadku wykryto las. błonicze, w 1—krętki i wrzecionkowce Plaut-Vincenta, w 2—las. gruźlicze. W 1 z tych ostatnich przypadków histologiczne badanie ziarniny z ucha wykazało tkankę gruźliczą z komórkami olbrzymiemi.

Z cierpień współistniejących należy wymienić skrzywienie przegrody nosowej (u 19 chorych), wyrośla adenoidalne (8 chorych), zanikowy nieżyt nosa (4 chor.), przewlekłe zapalenie zatok szczękowych (3 ch.) zatok sitowych (2 chor.), rozszczepienie podniebienia (1 chor.), cukrzycę (1 chor.).

Operacyj dokonano 183, z tego Operacji doszczętnej 153, doszczętnej oszczędzającej — 4, doszczętnej przez przewód słuchowy zewnętrzny — 2, otwarcia błędnika — 6, zwykłej trepanacji wyrostka sutkowego — 18. Zabiegi wykonywano w znieczuleniu ogólnem eterowem inhalacyjnem (99 przyp.) odbytniczem (69 przyp.) avertynowem (7 przyp.) w znieczuleniu miejscowem novokainą operowano 8 chorych.

Z 84 przypadków operowanych 9 razy notowano wyrostek pneumatyczny, 40 razy — diploetyczny, 35 razy— sklerotyczny.

Perlak spostrzegano w 41 przypadkach. Dotyczyło to głównie wyrostków diploetycznych i sklerotycznych. Polipowate rozrosty w uchu notowano 26 razy. Ropień podokostnowy stwierdzono u 7 chorych, 2 razy mieliśmy mastoiditis Bezoldi, 2 razy mastoiditis Citelli. W tych ostatnich przypadkach kość była pozbawiona pneumatyzacji. W 6 przypadkach wystąpiło w przebiegu ropienia ucha porażenie nerwu twarzowego. W 1 z nich znaleźliśmy w ropie wrzecionkowce i krętki — Plaut Vincenta. U 5 chorych mieliśmy przetokę kostną na wyrostku sutkowym, z nich u 2 wykryliśmy w ropie las. Kocha, w 4 histologiczne badanie ziarniny wykazało proces gruźliczy. Wreszcie w 5 przypadkach mieliśmy obraz osteomyelitu kości skroniowej z martwiakami kostnemi.

Z powikłań przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego mieliśmy: zapalenie błędnika — 13 przypadków (w 6 przetoka błędnikowa), ropni zewnątrzoponowych — 18, ropni mózgu — 8, ropni móżdżku—4, ropnego zapalenia opon mózgowych 14, zakrzepu zatok mózgowych 11 (z tego trombophlebitis sin. cavernosi — 1 przypadek, posocznico-ropnicy — 8).

Z powikłań pooperacyjnych, jakie notowaliśmy, należy wskazać na: ropne zapalenie opon mózgowych — 2 (1 śmiertelne), surowicze

zapalenie błędnika — 1, bronchopneumonia — 1, różę — 5, niedowład nerwu twarzowego — 5.

Przypadków zejścia śmiertelnego notowaliśmy 27 (9%). Na meningitis pur. zmarło 13 chorych (w tem w 1 przypadku był również ropień mózgu, w 1 — ropień móżdżku, w 1 — zakrzep zatok mózgowych). Chorych z ropniem mózgu zmarło 5, z ropniem móżdżku — 3, chorych na posocznico-ropnicę zmarło 5, na zapalenie płuc pooperacyjne — 1.

Z przypadków zakończonych pomyślnie 57 chorych wypisano z Kliniki po upływie 2 tygodni, 60—po 4 tyg., 31—po 2 miesiącach, 6 — po 3 miesiącach.

Przypadków *przewlekłego nieżytu ucha środkowego* było 28, w tem 14 mężczyzn i 14 kobiet. Chorych w wieku do 10 lat było—1, od 10 do 20 lat —8, od 20 do 30 lat—7, od 30 do 40 lat—4, po 40 roku życia — 8. Lewe ucho zajęte było 3 razy, prawe 6, oba uszy — 19. Za przyczynę powstania nieżytu ucha środkowego należało przypuszczalnie uważać nieżyt nosa w 6 przypadkach, grypę w 4, koklusz w 1, wyrośla adenoidalne w 1, skrzywienie przegrody nosa w 1, uraz ucha — w 1, raz jeden nieżyt ucha rozwinął się na tle poprzednio przebytego ropnego zapalenia ucha.

Badanie przedmiotowe naszych chorych wykryło w 4 przypadkach istnienie wyrośli adenoidalnych, wymagających zabiegu operacyjnego, w 3—przerost migdałków podniebiennych w 2—przawlekłe zapalenie migdałków, w 3—skrzywienie przegrody nosowej.

Z objawów zwracały u naszych chorych uwagę skargi na osłabienie słuchu i na szmery podmiotowe, te ostatnie bywały rozmaitego natężenia i charakteru — od szumu spadającej wody lub lokomotywy do gwizdu i dzwonienia: Natężenie ich zwiększało się zwykle w nocy. Co do osłabienia słuchu, to przeważało dość mocne obniżenie dla szeptu w 17 przypadkach (od 0,1 mtr. — do a. c.), a w 3 szept nie był słyszalny przy uchu. Otoskopowo stwierdzono zgrubienie, wciągnięcie błony bębenkowej, złogi wapna, w 2 przypadkach blizny.

Leczenie polegało na usunięciu przyczyny w sąsiednich odcinkach górnych dróg oddechowych (przerosty małżowin, wyrośla adenoidalne, skrzywienie przegrody), oraz na cewnikowaniu trąbek Eustachjusza, rozszerzaniu ich, masażu błony bębenkowej. Niekiedy dobry wpływ okazywało stosowanie zastrzyknięć panitriny.

Przypadków *otosklerozy* było w leczeniu klinicznem — 1. Dotyczyło kobiety w wieku od 20 do 30 lat. Cierpienie rozwijało się powoli obustronnie, począwszy od 15 roku życia, objawiając się

znacznemi szmerami podmiotowemi, nasilającemi się przy każdem zdenerwowaniu, oraz znacznem osłabieniem słuchu (m. zw. — a. c.). Przewodnictwo kostne prawie niezmienione. Rinne ujemny, błona bębenkowa obustronnie bez zmian. Błędnik statyczny wykazywał nieduże obniżenie pobudliwości cieplnej. Zastosowanie zastrzyknięć panitriny dało niedużą poprawę.

Chorych na *labyrinthitis chronica* było 16, w tem 12 mężczyzn, 4 kobiety. W wieku do 10 lat notowano 1 przypadek, od 10 do 20 lat — 1, od 20 do 30 lat — 4, od 30 do 40 lat — 6, po 40 roku życia — 4. Lewe ucho zajęte było 6 razy, prawe—2, oba — 8. Co do ewentualnych przyczyn tego cierpienia, to w 3 przypadkach objawy rozwinęły się po przebytem zapaleniu ucha środkowego, w 1 — po zapaleniu opon mózgowych, w 1 stwierdzono nadciśnienie, w 1—przewlekłe zapalenie migdałków, przyczem okresowe nasilenia objawów migdałkowych odpowiadały jakby obostrzeniu ze strony ucha, w 1 — rentgen wykazał niedorozwój piramidy kości skroniowej; w 3—przyczyną była kiła wrodzona. Z objawów podmiotowych zwracały uwagę: zawroty głowy (9 przyp.), osłabienie słuchu (16 przyp.), szumy podmiotowe (7 przyp.), niemożność chodzenia (1 przyp.), wymioty (4 przyp.).

Badanie kliniczne wykazało zupełną głuchotę na chore ucho w 4 przypadkach, znaczne osłabienie słuchu w 12 (z tego w 4 m. gł. — a. c., w 5—m. zw. — a. c., w 3 — szept — a. c.) Weber lateralizowany w stronę zdrowego ucha, przewodnictwo kostne skrócone. Z 3 przypadków kiły ucha wewnętrznego — w 2 mieliśmy wyraźny objaw Henneberta. W 2 przypadkach notowano bełkotanie. Osłabienie pobudliwości błędnika widzieliśmy we wszystkich przypadkach, przyczem w 6 był zupełny brak pobudliwości cieplnej, w 4—obrotowej. Próba galwaniczna wykonaną była w 6 przypadkach, w 2 była znacznie obniżoną.

W 1 przypadku wykonaną była labyrinthotomja — otwarcie kanału poziomego. Szmery podmiotowe zmniejszyły się znacznie, zawroty głowy i trudność chodzenia ustąpiły na czas dłuższy. Pozostałe przypadki leczono zachowawczo. Najlepsze stosunkowo wyniki spostrzegano w zajęciu błędnika na tle kiłowem.

Przypadków *neuritis n. acustici* mieliśmy w leczeniu klinicznem 15 (11 m. i 4 k.). W wieku od 10 do 20 lat było 3 chorych, od 20 do 30 lat—5, od 30 do 40 lat—5, po 40 roku życia — 2. Lewe ucho zajęte było 5 razy, prawe — 4, oba — 6. Jak wykazały wywiady, w 4 przypadkach cierpienie powstało podczas grypy, 1 — podczas

duru brzusznego, 1 — po zapaleniu opon mózgowych, jedna chora wiązała początek schorzenia ucha z przeniesioną operacją nerki. W 1 przypadku przyczyną był uraz czaszki. U 1 chorego odczyn Wassermana ze krwi wypadł dodatnio.

Z obrazu chorobowego na czoło wysuwały się skargi na mocne osłabienie słuchu, lub utratę słuchu, występującą częściej nagle. Objektywnie stwierdzono zupełną głuchotę na chore ucho tylko w 2 przypadkach, obniżenie słuchu wahało się w granicach: szept — a. c. do m. gł. — a. c. Dolna granica słuchu podniesiona do C_{128} — C_{256}, górna obniżona. Przewodnictwo kostne osłabione. Próby cieplnej nie udało się wywołać zupełnie u 6 chorych, u pozostałych była obniżona. Z 9 przypadków, w których znalazłem dane co do badania galwanicznego, w 4 nerw nie reagował na prąd galwaniczny. W 5— odczyn wypadł znacznie słabiej (ok. 20 MA).

Co do leczenia, to stosowano preparaty jodu, fosforu, pilokarpinę i galwanizację nerwu.

Zestawienie liczbowe chorych na uszy leczonych w Klinice.

Ucho zewnętrzne:	M.	K.	WIEK: od 5—10	od 10—20	od 20—30	od 30—40	po 40	Razem
Zapalenie ochrzęstny . .	1	—	—	—	1	—	—	1
Rak małżowiny	1	2	—	—	1	2	—	3
Zapalenie przew. zew. .	8	12	3	2	8	4	3	20
Ekzostoza przew. . . .	1	—	—	—	—	—	1	1
Zarośnięcie	2	—	—	—	1	—	1	2
Ucho środkowe:								
Ostre zapalenie proste .	3	6	2	1	3	3	—	9
(z tego z poraż. na facialis 2 przyp.)	—	—	—	—	—	—	—	—
Ostre zapalenie ropne .	138	146	82	44	55	50	53	284
(z tego z zapal. kom. sutk 193 i zajęc. ucha wew. 3); Powikłań wewnątrzczasz:								
Ropień zewn.-opon — 31	15	16	—	8	—	8	15	31

Ucho środkowe:	M.	K:	WIEK:					Razem
			od 5—10	od 10—20	od 20—30	od 30—40	po 40	
Ropne zap. opon mózg.—9	6	3	5	—	—	5	—	9
(z tego ropień móżdżku—1								
i zajęcie błędnika —1								
Zakrzep zatok mózg — 4	3	1	1	—	—	3	—	4
Ropień mózgu — 4	1	—	—	—	—	1	—	1
Ropień móżdżku — 1	—	1	—	—	—	1	—	1
Surowicze zap. błęda — 1	1	—	—	—	—	1	—	1
Przew. zap. rop. ucha środ.	166	132	44	91	81	44	38	298
z tego powikł. perlak.—41								
polipow. rozrosty —27								
ropień podokostu — 7								
mastoiditis Bezoldi — 2								
„ Citelli — 2								
poraż. n. twarzow. — 6								
osteomyelitis k-skron. z martwiakami } 5								
zapal. błędnika — 13								
ropnie zew.-opon. — 18								
ropień mózgu — 8								
ropień móżdżku — 3								
ropne zap. opon — 14								
zakrzep zatok — 11								
Przewlekły nieżyt ucha śr.	14	14	1	8	7	4	8	28
Otoskleroza	—	1	—	—	1	—	—	1
Labyrinthitis chr.	12	4	1	1	4	6	4	16
Neuritis n. acustic . . .	11	4	—	3	5	5	2	15

SPRAWOZDANIE
z działu chorób nosa kliniki otolaryngol. w Wilnie za okres 1924—1934.

W okresie dziesięcioletnim istnienia kliniki leczono w klinice chorych z cierpieniami nosa 982. Z tej liczby przypada na mężczyzn 642, na kobiety 340.

Najczęstszem cierpieniem nosa, spostrzeganem na materjale chorych klinicznych było s k r z y w i e n i e p r z e g r o d y n o s a. Ogólna liczba tych wynosiła 236, w tem mężczyzn 199, kobiet 37.

Jak widzimy, ogromna przewaga jest po stronie płci męskiej. Jako przyczyna powstania tego cierpienia uraz był notowany zaledwie w 19 przypadkach (8%). Nieprawidłową budowę podniebienia twardego (podniebienie gotyckie) spostrzegano u 53 chorych (22%) — 51 mężczyzn i 2 kobiety, rozszczepienie podniebienia twardego w 3 przypadkach (1%).

Wiek chorych wahał się pomiędzy 10 a 45 laty. Najczęściej skrzywienie przegrody wymagało zabiegu operacyjnego w wieku 20 — 30 lat (94 mężczyzn, 16 kobiet), potem u młodszych chorych (10—20 lat)—58 mężczyzn i 15 kobiet, najrzadziej po 40 roku. Poza objawem utrudnienia oddychania nosem skrzywienie przegrody powodowało wysychanie w gardle w 42 przypadkach, bóle gardła w 34, ból głowy w 11, neuralgię n. trójdzielnego w 4, napady astmy w 3; u 20 chorych powstał przewlekły nieżyt ucha środkowego po stronie skrzywienia przegrody, u 9 chorych rozwinęło się ropne zapalenie ucha. U 2 chorych skrzywienie przegrody nosa powodowało wadę mowy (mowa nosowa). W 3 przypadkach notowano powtarzające się krwawienia z nosa. Co do formy i charakteru skrzywienia przegrody nosa u chorych klinicznych, to skrzywienie wlewo występowało 124 razy, wprawo—99. W pozostałych przypadkach były notowane obustronne zgrubienia przegrody. Najczęściej spostrzegaliśmy skrzywienie kątowe (88 razy) i łukowate (84 razy). Wygięcie esowate było zaledwie w 18 przypadkach. Grzebienie notowano 38 razy (częściowo przy jednoczesnem wygięciu przegrody), kolce w 8.

Operację podśluzowego usunięcia skrzywienia wykonywano stale w znieczuleniu miejscowem. Po uprzedniem wstrzyknięciu morfiny ze skopolaminą pendzlowano błonę śluzową nosa 10% wodnym roztworem kokainy, poczem zastrzykiwano 0,5% nowokainę (od 2 do 10 ctm.^{3}) z dodaniem adrenaliny (1 kropla na 2—3 ctm.^{3}). Objawów zatrucia nie notowano ani razu. Po zabiegu sączkowaliśmy stale gazą wioformową, a w ostatnich 3 - 4 latach zwilżamy sączki w jałowym oleju parafinowym, co czyni opatrunek mniej bolesnym. Przebieg pooperacyjny bywał naogół gładki. W 82 przypadkach stan rany pozwolił wypisać chorych na piąty dzień po zabiegu. Z powikłań w 5 przypadkach notowano wystąpienie anginy, w 4—ropne zapalenie ucha, raz jeden zakażenie rany z wytworzeniem się ropnia. W 12 przypadkach powstało przedziurawienie przegrody.

Drugiem co do częstości cierpieniem nosa był p r z e r o s t o w y n i e ż y t n o s a. Ogólna liczba tych chorych wynosiła 219, w tem mężczyzn 150, kobiet—69. Największy odsetek przypada na wiek pomiędzy 20 a 30 lat (112 przypadków), nieco mniejszy u osób do 20 lat

(77 przypadków); w wieku 30 — 40 lat operowano 20 przypadków, po 40 roku życia zaledwie 10. Zwykły przerost małżowin dolnych notowano w 197 przypadkach, polipowaty rozrost—w 22. Przeważał obustronny przerost (201 przypadków), w 3 przypadkach przerośnięte były tylko tylne końce małżowin dolnych. U 36 chorych było jednoczesne skrzywienie przegrody nosowej, przyczem w 11 przypadkach przerost małżowiny dolnej wystąpił po stronie skrzywienia, w 25—po przeciwnej. Z objawów towarzyszących przerostowemu nieżytowi nosa poza zatkaniem nosa i uporczywemi katarami w 42 przypadkach notowano częste bóle gardła, w 18 — bóle głowy. 11 chorych cierpiało na przewlekły nieżyt ucha środkowego, 3 na ropne zapalenie ucha.

Leczenie stosowane operacyjne. W 206 przypadkach ścięcie przerosłych małżowin dolnych, w 13 kaustyczne przypalenie rozrosłej błony śluzowej. Zabieg wykonywano stale w znieczuleniu miejscowem (10% kokaina, niekiedy dodatkowe wstrzyknięcie 0,5% nowokainy). Po operacji nos sączkowano gazą wioformową. Opatrunek po 48 godzinach. Z powikłań pooperacyjnych 2 razy wystąpiła angina, raz — ropne zapalenie uszu, raz — róża.

Polipy nosowe mieliśmy w 57 przypadkach, w tem u mężczyzn 34, u kobiet—23. Dwa razy notowane były u dzieci do 10 lat, 13 razy w wieku 10—20 lat, 17 razy u osób między 20—30 rokiem życia, 12 razy pomiędzy 30 — 40, 13 razy w wieku powyżej 40 lat. W 44 przypadkach polipy wypełniały nos, głównie przewody środkowe, w 13 przypadkach mieliśmy typowe polipy choanalne. Cierpienie występowało obustronnie 42 razy, jednostronnie 15. Ropienie w nosie towarzyszyło polipom nosowym 21 razy. Przy dokładnem badaniu wykryto schorzenie zatoki szczękowej w 24 przypadkach, komórek sitowych — w 10.

Z objawów, towarzyszących polipom nosowym dychawicę oskrzelową notowano zaledwie w 2 przypadkach. Bóle głowy były w 4, brak powonienia w 6, ropne zapalenie ucha w 2, nieżyt oskrzeli w 1. W 1 przypadku po usunięciu polipów nosa okazało się, że mieliśmy do czynienia z nowotworem nosa.

Duży stosunkowo odsetek klinicznych chorych przypada na wyrośla adenoidalne. (65 osób, z tego 32 płci męskiej, 33 — żeńskiej). Adenotomja należy do zabiegów ambulatoryjnych, wysoką zaś stosunkowo liczbę tych zabiegów wykonanych na materjale klinicznym należy objaśnić dużym napływem chorych z prowincji, dla których warunkiem koniecznym jest umieszczenie w klinice na parę dni, pozatem współistnieniem wyrośli adenoidalnych u chorych, którzy

przybyli do kliniki z powodu innego cierpienia. W wieku do 10 lat operowano 38 osób, w tem 14 chłopców i 24 dziewczynki, w wieku 10—20 lat—18 osób (12 chłopców, 6 dziewczynek), w wieku powyżej 20 lat — 9 (6 mężczyzn, 3 kobiety). O ile w wieku dziecięcym przewaga była po stronie płci żeńskiej, o tyle wiek dojrzały wykazywał stosunek odwrotny. Skargi na uporczywe katary notowano 46 razy, na osłabienie słuchu 32 razy. W 6 przypadkach były powtarzające się anginy, 3 chorych cierpiało na często występującą chrypkę, w 3 przypadkach stwierdzono głuchoniemotę, w 1 — zanik nerwu słuchowego, w 2 — zaburzenia mowy, w 1—dychawicę oskrzelową.

Z powikłań pooperacyjnych raz jeden notowano krwawienie zaraz po zabiegu, zależne od pozostawienia w jamie nosowogardłowej kawałka ściętej tkanki.

Krwawienia nosowe mieliśmy w 20 przypadkach (16 mężczyzn, 4 kobiety). Występowały w różnym wieku (od 10 — 20 lat w 2 przypadkach, od 20—30 lat—w 8, od 30—40 lat—w 3, powyżej 40 roku życia — w 7). Raz jeden tylko spostrzegaliśmy krwawienie z tylnych części nosa, w pozostałych przypadkach krwawiły naczynia z miejsca Kiesselbacha. W 2 przypadkach krwawienie było obustronne, u reszty chorych — jednostronne.

Co do przypuszczalnej przyczyny krwawienia, to uraz nosa notowany był raz jeden, miażdżyca naczyń—6 razy, choroby gorączkowe—2. W 3 przypadkach mieliśmy krwawienia nawykowe. W pozostałych przypadkach krwawienie z nosa wystąpiło bez żadnej wyraźnej przyczyny. W lżejszych przypadkach krwawienie ustępowało po przypaleniu krwawiącego miejsca perełką kwasu chromnego, w innych uciekano się do przedniej tamponady nosa. U 3 chorych musiano założyć sączki odtyłu. Jako następstwo tamponowania mieliśmy w 1 przypadku ostre ropne zapalenie ucha, powikłane zapaleniem wyrostka sutkowego, wymagającem interwencji chirurgicznej.

Ropień przegrody nosowej wystąpił u 4 chorych płci męskiej (od 10 lat—2 razy, od 20—30 lat—1 raz, po 40 roku—1 raz). W 2 przypadkach przyczyną był upadek na nos, w 1 — róża twarzy. Rozcięcie ropnia dało zupełne wyleczenie.

Złamań kości nosa mieliśmy w leczeniu klinicznem 16, z tego 9 mężczyzn, 7 kobiet. W wieku do 10 lat było 1 złamanie, od 10 do 20 lat — 8, od 20 do 30 lat — 5, od 30 do 40 lat — 2. Upadnięcie na twarz było przyczyną złamania w 6 przypadkach, uderzenie w 9. Raz jeden nos był strzaskany kulą karabinową Najczęstszą postacią złamania było uszkodzenie kości nosowych (8 przypadków). U 7 chorych mieliśmy złamanie powikłane uszkodzeniem

wyrostka czołowego górnej szczęki i jej trzonu, raz jeden cała okolica górnej szczęki, dolna ściana oczodołu i kości nosowe uległy zmiażdżeniu.

Leczenie w przypadkach naruszenia kości nosowych polegało na nałożeniu aparatu ustalającego S. Salingera, który w doświadczeniu naszej kliniki okazał się bardzo celowym. Tym sposobem udało się w 8 przypadkach uzyskać normalne ustalenie stosunków anatomicznych. W przypadkach powikłanych stosowano zabiegi plastyczne z wynikiem rozmaitym.

Przypadków stałych zmian formy nosa, nadających się do zabiegów kosmetycznych, leczono w klinice 19, z tego 7 mężczyzn i 12 kobiet. W wieku do 10 lat było 2 przypadki, od 10 do 20 lat—1, od 20 do 30 lat — 11, od 30 do 40 lat — 2, po 40 roku życia — 3 Najczęściej spotykano nos siodełkowaty (14 przypadków). U 5 chorych zdeformowanie dotyczyło skrzydeł nosowych i przedsionka nosa.

Uraz był przyczyną zmienionej formy nosa w 12 przypadkach, z tego w 9 było uderzenie, w 3—zranienie nosa. Raz jeden powstało wgłębienie grzbietu nosa po przebytej martwicy kości przegrody na tle osteomyelitis ac., raz—po rezekcji przegrody. W 3 przypadkach kiła była powodem powstania siodełkowatości nosa, wreszcie w 2 postać siodełkowata była wrodzona.

W 5 przypadkach nosa siodełkowatego zastosowano wszczepienie pod skórę grzbietu nosa kawałka kości pobranej z goleni chorego 4 razy wynik był pomyślny, raz jeden powstało ropienie i kość trzeba było usunąć. W pozostałych przypadkach stosowano parafinoplastykę. Wyniki naogół były zadawalniające.

Zdeformowania skrzydeł nosowych leczono operacyjnie, stosując metody zabiegu zależnie od przypadku.

Przypadków zarośnięcia tylnych nożdrzy i zrostów wewnątrznosowych leczono 5 (3 płci męskiej, 2 żeńskiej). Wiek chorych wahał się od 3 lat do 40 lat. Z 3 przypadków zrostów wewnątrznosowych w 2 zmiany powstały po operacji wewnątrznosowej (konchotomja), w 1 — po urazie nosa. Leczenie operacyjne we wszystkich przypadkach dało wynik pomyślny. Zarośnięcie tylnych nozdrzy usuwano trefiną ręczną, stosując potem przez czas dłuższy rozszerzanie drenami gumowemi.

Rhinitis vasomotoria leczono 1 przypadek — kobiety 40 lat. Cierpienia zatok bocznych nosa u chorej tej nie stwierdzono. Leczenie—wstrzykiwania alkoholu do małżowin—dało wynik pomyślny.

Wilka nosa było 29 przypadków (14 m. i 15 k.). W wieku do 10 lat—1 przypadek, od 10 do 20 lat — 18, od 20 do 30 lat — 6, od 30 do 40 lat — 3, po 40 roku życia — 1. Skóra nosa zajęta była

w 20 przypadkach, błona śluzowa nosa — w 18. Sprawa chorobowa szerzyła się na gardło u 10 chorych, na podniebienie twarde — u 2, na krtań—u 3 chorych. Wyraźne naciekowe zmiany gruźlicze w płucach notowano w 7 przypadkach. Postać wrzodziejącą wilka nosa spotykano w 11 przypadkach, postać naciekową w 16, blizny powilkowe w 2. U tych ostatnich chorych stosowano zabieg plastyczny. Galwanokaustyką leczono 2 chorych, diatermokoagulacją—26. Wynik pomyślny leczenia diatermicznego notowano 20 razy. Leczenie lampą łukową dawało nam poprawę przemijającą (3 przypadki).

Przypadków twardzieli nosa leczono w klinice 14 (3 m. 11 k.), W wieku od 10 do 20 lat było 2 chorych, od 20 do 30 lat — 5. od 30 do 40 lat — 5, po 40 roku życia — 2.

Nos zajęty był we wszystkich przypadkach, przyczem w 9 były typowe nacieczenia twardzielowe, w 2 — suchy nieżyt nosa, w 2 — bliznowate zwężenia. W gardle nacieczenia widzieliśmy u 2 chorych, suchy nieżyt — u 3. Zwężenie krtani spostrzegano w 7 przypadkach. We wszystkich przypadkach bakterjologiczne i serologiczne badanie potwierdzało rozpoznanie twardzieli. Odczyn WR był dodatni tylko w 1 przypadku.

Leczenie: w 7 przypadkach stosowano leczenie operacyjne, w 3—naświetlania promieniami Rentgena metodą, opracowaną przez klinikę otolaryngologiczną warszawską. Wyniki naogół były zadawalniające. Stosowanie miejscowo i ogólnie autowakcyny, zastrzyknięcia luatolu w pojedyńczych przypadkach nie dały rezultatu.

Kiły nosa mieliśmy 8 przypadków (3 m. i 5 k.). W wieku od 10 do 20 lat było 3 chorych, od 20 do 30 lat — 3, od 30 do 40 lat — 2. Kiłę drugorzędową widzieliśmy 2 razy, trzeciorzędową — 6 razy. Odczyn WR ze krwi był dodatni w 6 przypadkach. Nos siodełkowaty ze zniszczeniem przegrody notowano u 4 chorych (zniszczenie przedniej części przegrody było w 1 przypadku, tylnej—w 3). U 2 chorych mieliśmy typowe martwiaki kiłowe. Kilak na przegrodzie notowano w 2 przypadkach, na małżowinie dolnej—w 1. Zanikowy nieżyt nosa pochodzenia kiłowego spostrzegano u 2 chorych. W 1 przypadku zmianom kiłowym w nosie towarzyszyło rozległe owrzodzenie bocznej ściany gardła.

Z 4 przypadków nosa siodełkowatego w 3 stosowano parafinoplastykę, w 1—wszczepienie kawałka kości pod skórę grzbietu nosa.

Przypadków ozeny leczono w klinice 12 (5 m. i 7 k.). W wieku od 10 do 20 lat było 2 przypadki, od 20 do 30 lat — 6, od 30 do 40 lat—3, po 40 roku życia—1.

We wszystkich przypadkach cierpienie było obustronne. Zajęcie

zatok bocznych nosa notowano u 5 chorych (zat. szczękowe). W 2 przypadkach ozenie towarzyszyła zmiana formy nosa, wymagająca parafinoplastyki. W 1 przypadku stosowano operację Hallego. W 1 przypadku wszczepiono pod błonę śluzową przegrody kawałki kości. Wyniki tych zabiegów były zachęcające. W innych przypadkach stosowano autohemoterapję, leczenie argyrolem, stałe płókania nosa. Metody te stale wpływały dodatnio na stan nosa, powodując wilgotnienie błony śluzowej, zmniejszanie się strupów i zapachu.

Przypadków zapalenia zatok bocznych nosa było 209, w tem 180 chorych cierpiało na przewlekłe zapalenie zatok, 29—na ostre. Zapalenia zatok szczękowych — 29 (17 m. 12 k.), zapalenia zatok sitowych — 18 (10 m. 8 k.), zatok klinowych — 7 (4 m. 3 k.). Jednoczesne zajęcie zatoki szczękowej i czołowej spotykano w 9 przypadkach, szczękowej, czołowej i sitowych — w 8, szczękowej i sitowych—w 6, pansinuitis — w 5. Na mężczyzn przypadało 126 przypadków, na kobiety 83. Do 10 lat było 9 chorych, w wieku od 10 do 20 lat—21, od 20 do 30 lat—92, od 30 do 40 lat—55, po 40 roku życia — 32. Cierpienie prawostronne było 82 razy, lewostronne — 64, z obu stron — 63.

Najczęstszą przyczyną powstania tych cierpień były sprawy patologiczne, odbywające się w nosie, powstałe bądź samodzielnie, bądź w przebiegu różnych chorób zakaźnych. W 25% przypadków ustalono niewątpliwy związek cierpienia zatok bocznych nosa z przebytą grypą. Z innych chorób zakaźnych raz jeden powstało zapalenie zatoki szczękowej po duże brzusznym. W 3 przypadkach ropienie w jamie Highmora powstało bezpośrednio po rezekcji przegrody nosowej — możliwe, że odegrało tu rolę tamponowanie nosa. 12 razy przyczyną tego cierpienia było schorzenie zębów.

Z drobnoustrojów spotykano w ropie najczęściej gronkowce, paciorkowce, bardzo rzadko pneumokoki i las. pseudobłonicze.

Bóle głowy notowano w 52% przypadków. Umiejscowienie bólu było rozmaite: najczęściej odpowiadało okolicy chorej zatoki. Nasilenie bólów w porze południowej spotykaliśmy nieczęsto (ok. 7—8%).

Ropienie i przykry zapach z nosa był drugim częstym objawem (46 — 48%). Dołączało się do tego zwykle uczucie zatkania w nosie.

Obraz krwi u chorych na zapalenie zatok bocznych nosa wykazywał stale niskie cyfry limfocytów przy zwiększonej liczbie obojętnochłonnych. Przesunięcie jąder wlewo było nieznaczne. W przypadkach dużych zmian chorobowych w kości spotykano wzrost monocytów przy jednoczesnym spadku liczby eozynochłonnych. Ogólna liczba białych ciałek krwi wahała się w granicach 5—8,000.

Nazwa cierpienia	Ogólna ilość	PŁEĆ mężczyzn	PŁEĆ kobiet	WIEK do 10 lat	WIEK od 10—20	WIEK od 20—30	WIEK od 30—40	WIEK po 40	STRONA lewa	STRONA prawa	STRONA obie
Skrzywienie przegrody nosowej	236	199	37	—	73	110	40	13	124	99	13
Przerostowy nieżyt nosa	219	150	69	—	77	112	20	10	8	10	201
Polipy nosowe	57	34	23	2	13	17	12	13	6	9	42
Wyrośla adenoidalne . .	65	32	33	38	18	9	—	—	—	—	—
Krwawienie nosowe . . .	20	16	4	2	8	3	—	7	11	7	2
Ropień przygrody nosowej	4	4	—	2	—	1	—	1	—	—	—
Złamania kości nosa . .	16	9	7	1	8	5	2	—	—	—	—
Zniekształcenie formy nosa	19	7	12	2	1	11	2	3	—	—	—
Zarośnięcia tylnych nozdrzy	5	3	2	—	—	—	—	—	—	—	5
Rhinitis vasomotoria . .	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1
Wilk nosa	29	14	15	1	18	6	3	1	—	—	—
Twardziel nosa	14	3	11	—	2	5	5	2	—	—	14
Kiła nosa	8	3	5	—	3	3	2	—	—	—	—
Ozena	12	5	7	—	2	6	3	1	—	—	12
Zapalenie zatok bocznych nosa	209	126	83	9	21	92	55	32	82	64	63
Zapalenia szpiku kostnego szczęki	5	3	2	1	—	3	1	—	—	—	—
Torbiele nosa	7	4	3	1	2	3	1	—	3	4	—
Nowotwory nosa	55	32	23	2	2	4	10	37	—	—	—
Ropne zapalenie woreczka łzowego	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—

SPRAWOZDANIE

z działu chorób jamy ustnej i gardła Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. za okres 1923—1934.

Chorych stałych z cierpieniami jamy ustnej i gardła leczono w Klinice w okresie sprawozdawczym 637 (mężczyzn — 314, kobiet — 323).

Przeważna część chorych ze schorzeniami jamy ustnej leczyła się ambulatoryjnie, do Kliniki zaś kładli się zwykle chorzy, podlegający operacji.

Chorych z *niedorozwojem, rozczepieniem podniebienia* było 16 (mężczyzn — 3, kobiet — 13). Wszyscy chorzy byli operowani. Wczesne operacje plastyczne podniebienia w wieku do 10 lat, najlepiej rokujące co do poprawy mowy, były dokonane tylko w 3 przypadkach, 9 chorych z rozszczepieniem podniebienia było w wieku 10 — 20 lat i 4 w wieku 20 — 30 lat. W dwuch przypadkach szwy rozeszły się, w jednym z tych przypadków przyczyną niepowodzenia były blizny po kilkakrotnych uprzednio przebytych operacjach.

Z początku stosowano w Klinice typową operację *Dieffenbacha*, ostatnio zaś nakładano szew mięśniowy de *Veau.*

Ropnie językowe przekłuwano i otwierano u stałych chorych w 18 przypadkach (mężczyzn — 12, kobiet — 6). Wiek większości chorych (16 przypadków) był powyżej 30 lat. W jednym przypadku leczono dziewczynkę z ropniem języka w wieku poniżej 10 lat. Po otwarciu ropnia chorzy tacy zwykle szybko opuszczali Klinikę celem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Najpoważniejszą grupę chorych z cierpieniami jamy ustnej stanowili chorzy *z ropowicą dna jamy ustnej* i szyi oraz z zapaleniem szpiku kostnego kości szczękowych. Chorych z ropowicą okolicy dna jamy ustnej było 11 (mężczyzn — 7) kobiet — 4. 7 chorych było w wieku powyżej 30 lat, a czterech — w wieku od 20 — 30 lat. W przypadkach ropowicy dokonywano szerokiego, niekiedy w kilku miejscach otwarcia ogniska ropnego z jednoczesnem leczeniem zastrzyknięciami propidonu i miejscowem naświetlaniem lampą łukową i kwarcową.

Chorych z *zapaleniem szpiku kostnego kości szczękowych* było 14 męż. — 9, kob. — 5). 12 chorych było w wieku 20 — 40 lat, jedna chora — w wieku 10 — 20 lat, i w jednym przypadku zapalenie szpiku kostnego szczęki górnej rozwinęło się u chłopca przed 10 ro-

kiem życia. Przypadków zapalenia szpiku kostnego szczęki górnej było prawie dwa razy więcej (9 przypadków) niż podobnych cierpień szczęki dolnej (5 przyp.). W kilku przypadkach cierpienia te były powikłane ciężkiem zakażeniem septycznem, które u jednej chorej było przyczyną zejścia śmiertelnego. Leczono tych chorych zapomocą zastrzykiwań szczepionek i surowic, a miejscowo stosowano naświetlania lampą kwarcową i łukową. Po wytworzeniu się wału ochronnego dokoła ogniska chorobowego wyskrobywano ognisko ostrą łyżką i usuwano sekwestry.

Z rzadkich chorych nerwowych należy wymienić 3 przypadki uporczywej *neuralgji nerwu trójdzielnego*, z których jeden został wypisany bez poprawy.

Z chorych *na ostry nieżyt gardła* było 10 przypadków.

Chorych z *ostrą anginą* zwykle do kliniki nie przyjmowano jako chorych zakaźnych. W samej Klinice izolowano i leczono tylko chorych z ostrą anginą, nabytą podczas leczenia innych cierpień, nieraz po operacjach nosowych.

Angina Plaut-Vincenti była u chorych klinicznych w 7 przypadkach (męż. — 6, kob. — 1) w wieku 10 — 30 lat. W praktyce naszej Kliniki przyjął się sposób leczenia tego cierpienia zapomocą miejscowego pędzlowania owrzodzeń oleistemi preparatami bismutowemi (Casbis).

Najczęściej leczyli się w Klinice chorzy na *przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych* (421 przyp. męż. — 188, kob. — 233). Najwięcej było przypadków przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych z tworzeniem się czopów (276 przyp.). Z przerostem włóknistym migdałków było 135 chorych, przewlekłe zaś schorzenie migdałków bez przerostu i bez tworzenia się czopów stwierdzono u 10 chorych. Podział wszystkich tych chorych według wieku przedstawia się następująco:

do 10 lat	. . . .	39 przyp.
„ 10—20 „	. . . .	133 „
„ 20—30 „	. . . .	172 „
„ 30—40 „	. . . .	64 „
„ 40 „	. . . .	13 „

Najwięcej więc było chorych w wieku od 10 — 30 lat. Prawie wszyscy ci chorzy byli operowani zwykle zapomocą całkowitego wyłuszczenia migdałków. Częściowe ścięcie migdałków robiono rzadko i zwykle ambulatoryjnie. Za okres sprawozdawczy dokonano w Klinice 487 operacyj wyłuszczenia migdałków (u 267 mężczyzn i 220

Kobiet). Liczba operacyj (487), jak widzimy, przewyższa liczbę chorych przyjętych do Kliniki z cierpieniami migdałków (421), a to z tego powodu, że w Klinice dokonywano również często operacyj żołnierzom z oddziału otolaryngologicznego Szpitala wojskowego w Wilnie, pozostającego pod naukowem kierownictwem Dyrektora Kliniki otolaryngologicznej U. S. B. Całkowite wyłuszczenie migdałków podniebiennych dokonywano w Klinice zwykle zapomocą pętli zimnej po oddzieleniu łuków nożem migdałkowym z tępym końcem oraz po wyłuszczeniu górnego bieguna migdałka zapomocą raspatora. Niekiedy stosowano również wyłuszczenie migdałków zapomocą specjalnego, nieco zaostrzonego haczyka. Z powikłań pooperacyjnych po wyłuszczeniu spostrzegano w Klinice kilka przypadków łagodnie zresztą, przebiegającej sepsy, oraz stosunkowo nieliczne przypadki krwawień, dość łatwo zatamowanych. Zejść śmiertelnych po wyłuszczeniu migdałków nie było.

Rak szczęki górnej był w 5 przypadkach (mężczyzn 4, kobiet 1). Chorzy z rakiem jamy ustnej i gardła byli w większości przypadków operowani przez jamę ustną, a w jednym przypadku po uprzednio dokonanym rozcięciu gardła w okolicy nadgnykowej. W przypadkach raka szczęki górnej dochodziło się również niekiedy do guza po rozcięciu wargi górnej i policzka. Większość chorych z nowotworami złośliwemi typu nabłonkowego wypisała się, jak widać z tablicy, z poprawą. Najgorsze wyniki otrzymano w przypadkach nowotworów złośliwych szczęki górnej, które dawały najczęściej nawroty nieraz już w krótkim czasie po operacji.

Ciał obcych usunięto z gardła 23 chorych. Chorzy z ciałami obcemi w drogach pokarmowych i oddechowych w większości przypadków byli załatwiani ambulatoryjnie. Nieliczni tylko chorzy pozostawali w Klinice jeszcze przez parę dni po usunięciu ciała obcego. Z pośród 23 ciał obcych, usuniętych z gardła, najwięcej było (11) ości i drobnych kości, tkwiących w migdałkach i łukach gardłowych, w 4 przypadkach usunięto drzazgi i drobne kawałki drzewa. U 2 chorych wydobyto z gardła igłę. Z ciał obcych niekłujących, tępych usunięto z gardła dolnego metalową nasadę ołówka oraz kółko od zegarka.

Z przełyku usunięto ciała obce u 48 chorych (mężczyzn 30, kobiet 18). Kilka ciał obcych obsunęło się podczas wydobywania do żołądka i wyszło drogą naturalną. Protez zębowych usunięto z przełyku 6, niektóre dużych rozmiarów i z ostremi haczykami, kości 25,

monet 7, guzików 3, dużych pestek owocowych 2, gwizdawka 1, smoczek 1, gwóźdź 1, igła zębowa 1, haczyk od spodni 1. Dwa przypadki ciał obcych (duży guzik od płaszcza i proteza zębowa) skończyły się zejściem śmiertelnem, w wyniku zapalenia śródpiersia, powstałego wskutek odleżyn. Ciała obce z przełyku i tchawicy wydobywano w Klinice przez bronchoskop Brüningsa, a ostatnio przez bronchoskop Haslingera. Wydobywanie odbywało się w pozycji chorego na brzuchu na stole operacyjnym z podniesioną górną częścią tułowia, po uprzedniem zastrzyknięciu morfiny ze skopolaminą i znieczuleniu gardła i ewen. krtani zapomocą 10% kokainy. U małych dzieci robiono broncho i oesophagoskopję bez znieczulenia.

Z innych chorób przełyku w 18 przypadkach leczono w Klinice *zwężenie przełyku*. W 5 przypadkach (mężczyzn — 3 i kobiet — 2) przyczyną zwężenia był rak przełyku, w 2-ch przypadkach (mężczyzna 1 i kobieta 1) zwężenie, połączone z krwawieniem powstało wskutek rozszerzenia żył przełyku. W większości zaś przypadków (mężczyzn 8, kobiet 3) zwężenie przełyku powstawało najczęściej wskutek oparzeń zwykle przypadkowych. Wiek chorych z tego rodzaju zwężeniami przełyku w 2-ch przypadkach nie przekraczał 20 roku życia, 3-ch chorych było w wieku od 20 do 40 lat i 4-ch powyżej 40 lat.

Rozszerzano przełyk zwykle zapomocą elastycznych zgłębników, a ostatnio stosowano często powtarzaną oesophagoskopje.

Przypadków *ropni okołomigdałkowych* leczono w klinice 33 (mężczyzn 18 i kobiet 15). Wiek chorych wahał się od 10 — 40 lat.

Ropni tylno-gardłowych było 9 (u mężczyzn 2 i u kobiet 7). Dzieci do lat 10 z ropniem tylno-gardłowym było troje.

W 6 przypadkach leczonej w Klinice *kiły gardła* (mężczyzn 4 i kobiety 2) chodziło zwykle o kiłę trzeciorzędną z bliznami i częściowem lub całkowitem zrostem podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła. W tych przypadkach po rozcięciu blizn odciągano przez czas dłuższy podniebienie miękkie ku przodowi zapomocą rurek gumowych, przeciąganych z nosa do gardła i zawiązywanych nad wargą górną.

Gruźlicę jamy ustnej i gardła leczono w Klinice w 13 przypadkach (mężczyzn 12 i kobieta 1). Tylko jeden chory z gruźlicą gardła miał poniżej 20 lat. Wiek 6 chorych przekraczał 40 rok życia. Jeden przypadek prosówkowej postaci gruźlicy gardła zakończył się zejściem śmiertelnem w Klinice, a 10 chorych wypisało się bez poprawy.

W leczeniu gruźlicy gardła poza leczeniem ogólnem stosowano miejscowo światłolecznictwo oraz między innemi przypalanie kwasem mlecznym i trójchlorooctowym.

Z nowotworów dobrotliwych jamy ustnej i gardła mieliśmy 4 przypadki (mężczyzn 3, kobieta 1) naczyniaka krwionośnego, nieraz dużych rozmiarów. W 3 przypadkach nowotwór ten był u dzieci do lat 10. Leczenie tego rodzaju guzów polegało na diatermo-koagulacji.

Z rozpowszechnionych nowotworów złośliwych było 16 przypadków *mięsaków*, (mężczyzn 11, kobiet 5), jeden raz lymphsarcoma gardła dolnego i szyi. Jeden chory z mięsakiem gardła był w wieku od 10 do 20 lat. W pozostałych zaś przypadkach chodziło o ludzi, którzy przekroczyli 20 rok życia. Większość z tych chorych była operowana (niekiedy kilkakrotnie), a następnie poddawana głębokiemu naświetlaniu promieniami Rentgena. Operacja polegała na usunięciu guza, wyłuszczeniu gruczołów i przypalaniu sąsiednich tkanek nacieczonych zapomocą diatermo-kaugulacji. W większości przypadków występowały jednak nawroty guza. Operacyj usunięcia nowotworów złośliwych szczęki górnej częściową lub z całkowitą rezekcją szczęki dokonano 14 (mężczyzn 12 — kobiet 2).

Z przypadków raka jamy ustnej i gardła było 5 przypadków raka wargi (mężczyzn 4, kobiet 1), wszyscy chorzy byli ponad 30 rok życia.

Rak migdałków podniebiennych, podniebienia i gardła był w 15 przypadkach (mężczyzn 6, kobiet 9). Zwykle nacieczenie nowotworowe w tych przypadkach nie dawało się ograniczyć do jednego z narządów. Najmłodsi chorzy z rakiem jamy ustnej i gardła byli w wieku od 20 do 30 lat (2 przypadki).

Choroby jamy ustnej i gardła.

Nazwa cierpienia	Ogólna ilość	Płeć		MĘŻCZYŹNI								KOBIETY							
				Wiek					Wynik lecz.			Wiek					Wynik lecz		
		Mężczyźni	Kobiety	0—10	10—20	20—20	30—40	> 40	z poprawą	bez poprawy	zmarł	0—10	10—20	20—30	30—40	> 40	z poprawą	bez poprawy	zmarł
Palatoschisis	16	3	13	—	2	1	—	—	3	—	—	3	7	3	—	—	11	2	6
Stomatitis ulcerosa .	7	5	2	—	—	3	1	1	4	1	—	—	1	—	1	—	11	2	—
Fistula glandul parotis	2	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1
Combustio cavi oris .	1	1	—	—	-	—	1	-	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cysta linguae	2	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	-

Nazwa cierpienia	Ogólna ilość	Płeć		MĘŻCZYŹNI								KOBIETY							
				Wiek					Wynik lecz.			Wiek					Wynik lecz.		
		Mężczyźni	Kobiety	0—10	10—20	20—30	30—40	> 40	z poprawą	bez poprawy	zmarł	0—10	10—20	20—30	30—40	> 40	z poprawą	bez poprawy	zmarł
Abscessus linguae . .	18	12	6	1	—	1	4	6	12	—	—	—	—	—	3	3	5	1	—
Fistula linguae . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Glossitis	3	2	1	1	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Abscessus palati mollis	1	1	—	1	—	-	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Phlegmona reg. submentalis	11	7	4	—	1	2	—	4	7	—	—	—	1	—	2	1	3	1	—
Osteomyelitis mandibulae	5	1	4	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	1	1	1	3	—	1
Osteomyelitis maxillae Sup.	9	8	1	1	2	2	3	—	7	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Phlegmona faciei . .	1	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Phlegmona orbitae sinistr.	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Actinomycosis faciei .	1	1	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Contusio faciei . . .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Cicatrices faciei . . .	2	2	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Limphadenitis colli .	4	2	2	—	1	1	—	—	2	—	—	—	1		—	—	2	—	—
Paralysis palati mollis	1	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralysis n. glosso-pharyng. alles et vagi .	3	2	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Neuralgia n. trigemini	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—
Neuralgia n. glosso-pharyng.	1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—		—	—
Pharyngitis acuta . .	3	2	1	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Pharyngitis chronica .	7	2	5	—	—	2	—	—	1	1	—	—	2	3	—	—	1	4	—
Angina Plaut-Vincent	7	6	1	—	1	5	—	—	2	4	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Tonsillitis retentialis chronica	276	120	156	5	26	59	23	7	119	1	—	2	46	76	28	4	154	2	—
Tonsillitis chronica hypertrophica . . .	135	63	72	22	21	13	6	1	63	—	—	8	36	21	7	—	72	—	—

Nazwa cierpienia	Ogólna ilość	Płeć: Mężczyźni	Płeć: Kobiety	MĘŻCZYŹNI Wiek 0—10	MĘŻCZYŹNI Wiek 10—20	MĘŻCZYŹNI Wiek 20—30	MĘŻCZYŹNI Wiek 30—40	MĘŻCZYŹNI Wiek > 40	MĘŻCZYŹNI Wynik lecz. z poprawą	MĘŻCZYŹNI Wynik lecz. bez poprawy	MĘŻCZYŹNI Wynik lecz. zmarł	KOBIETY Wiek 0—10	KOBIETY Wiek 10—20	KOBIETY Wiek 20—30	KOBIETY Wiek 30—40	KOBIETY Wiek > 40	KOBIETY Wynik lecz. z poprawą	KOBIETY Wynik lecz. bez poprawy	KOBIETY Wynik lecz. zmarł
Tonsillitis chronica .	10	5	5	2	1	2	—	—	5	—	—	—	3	1	—	—	5	—	—
Abscessus peritonsil.	33	18	15	2	3	10	2	1	18	—	—	—	4	7	4	—	15	—	—
Abscessus retropharyngeus	9	2	7	—	—	—	2	—	2	—	—	3	—	1	2	1	6	1	—
Lues pharyngis . . .	6	4	2	—	1	1	2	—	1	3	—	1	—	—	1	—	2	—	—
Abscessus retropharyngeus frigidus . .	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tbc cavi oris	9	8	1	—	—	1	3	4	1	6	1	—	—	—	1	—	1	—	—
Tbc tonsillarum, lingue et phar.	4	4	—	—	—	1	1	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fibroma labii super.	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haemangioma cavi oris	4	3	1	2	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Epulis mandibulare .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Sarcoma maxillae . .	11	6	5	1	—	—	1	4	2	3	1	—	—	2	1	2	2	3	—
Sarcoma tonsillarum	1	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sarcoma pharyngis . .	2	2	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lymphosarcoma colli	2	2	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cylindroma palati duri et tonsill. . .	4	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	—	—
Carcinoma labium .	5	4	1	—	—	—	—	4	3	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Carcinoma cavi oris .	4	2	2	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	1	—	1	1	1	—
Carcinoma maxillae .	5	4	1	—	—	—	1	3	1	3	—	—	-	—	—	1	—	1	
Carcinoma palati duri	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—
Carcinoma tonsillarum	4	1	3	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	1	2	1	—
Carcinoma pharyngis	5	3	2	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—	2	2	—	—

SPAWOZDANIE

z działu chorób krtani Kliniki otolaryngol. U. S. B. za okres 1923—1934 r.

Chorych z cierpieniami krtani w okresie sprawozdawczym leczyło się w Klinice 450 (mężczyzn—326, kobiet—124).

Chorych leżących z *ostrym nieżytem* krtani było w Klinice 14 (mężczyzn — 10, kobiet — 4). Większość tego rodzaju chorych leczyła się ambulatoryjnie.

Chorych *z przewlekłym nieżytem krtani* było 21 (mężczyzn 10, kobiet 11), którzy, kładli się do Kliniki zaniepokojeni przewlekającą się chrypką, celem przeprowadzenia dokładnych badań i wyłączenia gruźlicy krtani.

Chorych *ze zwężeniem krtani* leczyło się 46 (mężczyzn 30, kobiet 16). Chorych ze zwężeniem krtani do 10 lat było 8, od 10—20—16, od 20 — 30 — 8, od 30 — 40 — 7-ch. powyżej 40 lat — 7 chor. Przyczyną w wielu przypadkach zwężenia krtani była uprzednio przebyta tracheotomja z utrudnioną dekaniulacją. U takich chorych najczęściej stosowano, celem rozszerzania krtani, zakładanie nieraz na czas dłuższy rurki metalowej kominkowej (Chiariego) w kształcie litery „T“, której jedno ramię oddzielnie wkładano do góry w stronę krtani, a drugie — w stronę tchawicy. Wspólne zaś składane kolano wystawało z otworu tracheotomijnego. Rurki te często szczególnie zakładano dzieciom. U chorych dorosłych ze zwężeniem krtani prócz tego zakładało się często przez otwór tracheotomijny i pozostawiano w krtani i tchawicy coraz szersze twarde rurki gumowe, obszyte tasiemką, której końce, wychodzące z otworu tracheotomijnego zawiązywano dokoła szyi. Ostatnio coraz częściej stosuje się w naszej Klinice w przypadkach zwężenia krtani i tchawicy często powtarzane bronchoskopje.

Z innych chorób obserwowano w Klinice ciekawy przypadek *pęcherzycy krtani* zakończony zejściem śmiertelnem, po wypisaniu się już chorego z Kliniki.

Kiłę krtani leczono u 8 chorych (mężczyzn 6, kobiet 2). Nieraz zmiany kiłowe łudząco przypominały zmiany gruźlicze i tylko dokładne wszechstronne badania kliniczne i serologiczne, a niekiedy tylko próbne leczenie (ex juvantibus) ustalało rozpoznanie.

239 chorych przeszło przez Klinikę z *gruźlicą krtani*. Klinika posiada dla takich chorych 2 sale (męską i żeńską) oraz specjalną oszkloną werendę gdzie chorzy z gruźlicą krtani i płuc po kilka godzin dziennie przebywają. Z ogólnej liczby 239 chorych — 180 osób stanowią mężczyźni w wieku od 20 do 50 lat. Chorych na gruźlicę krtani w wieku od 10 do 20 lat było 12 (mężczyzn 6 i kobiet 6). Wśród mężczyzn chorych na gruźlicę krtani najwięcej (63 przypadki) było osób po 40 roku życia. Natomiast u kobiet w tym wieku gruźlicę krtani zanotowano tylko w 5 przypadkach, na ogólną liczbę 51 chorych kobiet na gruźlicę krtani i płuc. Przeszło 50% chorych z gruźlicą krtani (136 przypadków) wypisało się z Kliniki w stanie poprawy, 96 osób—bez poprawy i 9 chorych zmarło. Klinika przyjmowała do leczenia nie tylko lekkie dobrze rokujące przypadki gruźlicy krtani, lecz również i ciężkie niekiedy beznadziejne, przysyłane zwykle ze wsi, skąd chorzy decydują się na udanie się do Kliniki zwykle tylko w stanie bardzo ciężkim. Znaczna liczba chorych, wypisanych bez poprawy, oraz wypadki śmiertelne pochodzą przeważnie spośród chorych ze wsi. W leczeniu miejscowem gruźlicy krtani stosowano w Klinice znane i zalecane sposoby (leczenie chirurgiczne, przypalanie kwasami (mlecznym i trójchloroctowym i galwanakaustyką, naświetlania wnętrza krtani lampą łukową i t. p.). Celem leczenia ogólnego przeprowadzano werendowanie, leczenie preparatami złota, promieniami Roentgena i inne. Dobre wyniki leczenia w większości przypadków otrzymywano znacznie prędzej i częściej u chorych po jednoczesnem zastosowaniu, wprowadzonego w naszej Klinice przez p. Prof. Szmurłę ogólnego naświetlania takich chorych lampą kwarcową i miejscowej zmodyfekowanej w Klinice lampy Landeckera

Oddzielny dział chorych, na których w Klinice Otolaryngologicznej USB. zwraca się specjalną uwagę, stanowią chorzy *na twardziel*. Klinika kilkakrotnie wysyłała swych asystentów na prowincję w okolice, zagrożone lub podejrzane o twardziel, celem przeprowadzenia wśród mieszkańców specjalnych badań klinicznych i serologicznych, służących do wykrycia twardzieli i wyświetlania sposobu i ustalenia miejsc rozpowszechnienia tego cierpienia. Klinika prowadzi specjalną statystykę wśród chorych i w każdym podejrzanym przypadku przeprowadza badania histologiczne chorych tkanek oraz próby serologiczne. Chorych na twardziel krtani było w Klinice 13 (mężczyzn 3, kobiet 10). Wiek tych chorych przedstawia się następująco:

od 0 —10 lat . . . . 3 dziewczynki
od 10—20 lat . . . . 5 (mężcz. 2, kobiet 3)
od 20—30 „ . . . . 4 („ 2, „ 2)
od 30—40 „ . . . . 1 (kobieta)
od 40 „ . . . . 2 (mężcz. 1 i kobieta 1).

W leczeniu twardzieli stosuje się sposoby zarówno chirurgiczne jako też i zachowawcze, ostatnio jako leczenie uzupełniające stale naświetla się chorych na twardziel promieniami roentgena. W ostatnich latach stale stosuje się również w leczeniu twardzieli krtani systematyczne często powtarzane rozszerzanie krtani i tchawicy zapomocą bronchoskopji. Przeważna część chorych na twardziel wypisała się z Kliniki w stanie znacznej poprawy. 4 chorych bez poprawy, jedna chora zmarła.

Chorych *z rakiem krtani* leczyło się w Klinice 82 (przyczem kobiet było tylko 13, w ogromnej więc większości byli to mężczyźni w wieku powyżej 30 lat, tylko 9 chorych na raka krtani było w wieku od 20 do 30 lat. W leczeniu raka krtani na pierwszy plan wysuwa się operacyjnie doszczętne usunięcie nowotworu razem z krtanią i gruczołami szyjnemi. W większości operowanych przypadków po usunięciu krtani chorych dodatkowo naświetlano promieniami Roentgena. Przeszło 50% chorych na raka krtani wypisało się bez poprawy, a w 5 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. Chorych na nowotwory krtani przyjmowano do Kliniki i często operowano nieraz w stanie bardzo ciężkim, odsyłanych przez inne szpitale jako przypadki nie nadające się do operacji. Niektóre z tych ciężkich przypadków jednakże wyszły z kliniki po operacji w dobrym stanie. Operacyj całkowitego usunięcia krtani z powodu raka tego narządu w ciągu pierwszego dziesięciolecia kliniki dokonano 10. Większość chorych z rakiem krtani nie zgadzała się na zabieg operacyjny.

Ciał obcych wyjęto z krtani i tchawicy 17 (małych kości 6, ziarn lub łusek ziarn owocowych—7, kawałków drzewa—2, kawałek drenu gumowego — 1. W 2-ch przypadkach u małych dzieci ciało obce z tchawicy wydobyto zapomocą bronchoskopji dolnej, po uprzednio dokonanej tracheotomji.

Choroby krtani.

Nazwa cierpienia	Ogólna ilość	Płeć		MĘŻCZYŹNI								KOBIETY							
		Mężczyźni	Kobiety	Wiek					Wynik lecz.			Wiek					Wynik lecz.		
				0—10	10—20	20—30	30—40	> 40	z poprawą	bez poprawy	zmarł	0—10	10—20	20—30	30—40	> 40	z poprawą	bez poprawy	zmarł
Laryngitis acuta . . .	14	10	4	—	—	4	4	2	5	3	2	1	—	2	1	—	4	—	—
Laryngitis chronica . .	21	10	11	—	1	5	1	3	10	—	—	1	1	7	2	—	10	1	—
Stenosis laryngis . .	46	30	16	5	9	5	5	6	24	4	2	3	7	3	2	1	13	2	1
Stenosis tracheae . .	5	2	3	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—	2	1	—	1	2	—
Corpus alienum in larynge	7	2	5	2	—	—	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	5	—	—
Abscessus laryngis .	3	1	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
Fistula laryngis post trauma	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Pemphigus laryngis .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Scleroma laryngis . .	13	3	10	—	—	2	—	1	2	1	3	3	2	1	1	8	2	—	—
Lues laryngis	8	6	2	—	—	2	3	1	2	4	—	—	2	—	—	—	2	—	—
Tbc laryngis	239	188	51	—	6	58	61	63	101	80	7	6	20	20	5	35	14	2	—
Paralysis n. recurrentis	8	3	5	—	1	1	1	—	—	2	1	1	1	2	1	2	3	—	—
Paralysis bulbaris .	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralysis pseudobulb.	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Carcinoma laryngis . .	82	69	13	—	—	9	13	47	25	39	5	—	—	4	9	7	6	—	—
Razem . .	450	326	124	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

SPRAWOZDANIE

z Przychodni Kliniki Otolaryngologicznej U.S.B.

za okres czasu od 1 stycznia 1924 roku do 31 grudnia 1933 roku.

Ogólna liczba chorych:

Choroby ucha	. . . .	5275
„ nosa i zatok bocznych	.	4079
„ jamy ustnej i gardła	. .	4094
„ krtani	. . . .	1148
	Razem . . .	14596 chorych.

Choroby ucha.

Ogólna liczba chorych 5275.

Nazwa choroby	Ilość	Płeć		Wiek chorego								Strona			UWAGI
		♂	♀	do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	lewa	prawa	obie	
Anomalia auriculae	7	6	1	4	1	1	1	—	—	—	—	3	2	2	
Congelatio auriculae . .	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Lupus auriculae	1	—	1	—	—	—	1	-	—	—	—	—	—	—	
Tumor auriculae	7	3	4	—	—	1	1	1	1	3	—	4	3	—	Angioma . . . 2 Cysta . . . . . 2 Neoplosma malign. 2 Cylindroma . . 1
Thrombus sebaceus .	645	330	315	15	15	88	209	118	72	63	65	112	123	410	
Exostoses meati acustici externi	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	
Otitis externa	326	152	174	40	22	63	90	40	42	21	8	116	141	69	Otitis med. pur ac. 16 „ „ „ chr. 7 Cerumen . . . . 8 Combustio . . . 1

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Corpus alienum in meato acustico externo	26	13	13	5	5	6	5	1	1	2	1	18	8	—	papier . . . . 1 groch . . . . . 7 kłak waty . . . 8 owad . . . . . 4 kulka chleba . 1 kamyk . . . . 3 paciorek . . . 2
Otitis media catarrhalis acuta	7	4	3	—	1	2	2	2	—	—	—	3	2	2	
Otitis media catarrhalis chronica . .	1331	681	650	33	63	248	314	223	189	165	96	198	191	942	Współistn. cierpienia Veget. adnoid. 107 Deviat. septi nasi 35 Pharyngitis chr. . 15
Otosclerosis .	154	39	115	—	—	4	23	43	38	33	13	17	14	123	mężatek, żonatych } 96 panien i kawalerów } 58
Otitis media acuta	989	502	487	do 1 r. 140 do 5 l. 168	126	164	164	81	79	68	19	393	429	167	Współistn. cierpienia Deviat. septi nasi 10 Rhinitis chr. . . 9 Sinuitis paranasal 1 Angina . . . 4
perforativa .	599														
nonperforativa	390														
z tego															
Mastoiditis . .	193	83	110	do 1 r. 16 do 5 l. 22	27	73	29	27	24	11	5	100	87	6	Powikłania Otitis externa . 15 Abscessus retroauricul. . . . 2 Labyrinthitis acuta 1 Trombophlebitis . 1 Meningitis . . . 5

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Otitis media purulenta chronica	1636	849	787	do 1 r. 39	179	504	358	176	79	70	34	562	489	585	Współistn. cierpienia Polypi nasi . . 3
Cum polipo . .	28			do 5 l. 107											Deviat. septi nasi 40
Cholesteatoma	25														Rhinitis chrónica 15
Abscess. retroauricul. . . .	3														Ozaena . . . . 1 Sinuitis paranasal. 1 Veget. adenoid. 65
Mastoiditido .	53														
Fistuła retroauricular. . .	9														
Tuberculosis .	3														
Paresis nervi facialis . . .	1														
Ptosis palpebrae sup.	1														
Cum affectio N. VIII . . .	2														
Trombophlebit.	2														
Abscessus cerebelli . .	1														
Exacerbatio .	15														
Postoperationem	37														
Periostitis processus mastoidei	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	
Otitis interna	95	52	43	5	6	21	19	16	19	7	2	12	13	70	Przyczyny Lues . . . . 9 Contusio . . . . 9 Trauma . . . . . 3 Meningitis . . 4 Scarlatina . . . 1 Typhus abdominal. 9
Neurolabyrinthitis	31	15	16	12	7	6	2	1	2	1	—	—	—	31	Post meningitidem 6
Presbyacusis .	33	24	9	—	—	—	—	—	—	8	25	—	—	33	
Tinnitus auris	9	3	6	—	—	1	5	2	—	1	—	—	—	9	

Choroby nosa i jam bocznych nosa.

Ogólna liczba chorych 4079.

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Deviatio septi nasi	856	591	265	1	4	170	375	150	94	59	10	—	—	—	Współist. cierpienia Pharyngitis chr. 85 Sinuitis paranas. 18 Epistaxis . . . 21 Tonsillitis chr. . 62 Rhinitis hypertr. 29 Veget. adenoid. 23 Anosmia . . . . 3 Asthma bronch. 2 Polypi nasi . . 7 Laryngitis chr. . 13 Otitis med. catar. 54 Otitis med. purul. 9
spina . . .	9														
crista	20														
post traumam	2														
Deformatio nasi	27	13	14	2	1	9	10	1	2	1	1	—	—	—	Przyczyny: Trauma . . . . 13 Resectio septi nasi 1 Lupus . . . . . 1 Lues 4
Synechiae cavi nasi	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	Post traumam . 1
Atresia choanarum anter.	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	
Seborrhea nasi	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Sycosis et eczema introitus nasi	135	59	76	7	9	44	36	20	9	7	3	—	—	135	Współist. cierpienia Deviatio sep. nasi 11 Rhinitis chron. . 29
Furunculosis introitus nasi	5	4	1	—	1	2	—	—	—	2	—	—	—	5	
Rhinitis acuta	61	35	26	10	10	10	19	7	2	3	—	—	—	—	Współist. cierpienia Otit. med. acuta 4
rhinitis spasmodica . .	2														
Diphteria nasi	2	1	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
Abscessus septi nasi	2	2	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	

Nazwa choroby	Ilość	Płeć		Wiek chorego								Strona			UWAGI
		♂	♀	do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	lewa	prawa	obie	
Rhinitis chronica	1867	791	1076	34	70	666	598	230	160	89	20	—	—	—	**Współist. cierpienia** Otit med. catarrh. chr. . . . . . 72 Otit. med. pur. chr. 25 Devat. septi nasi 105 Sinuit. paranasal. 33 Veget. adenoid. 79 Pharyngitis chr. 201 Tonsillitis chr. 38 Epistaxis . . . 7 Hypertrophia tonsil. palat. . 15 Laryngitis chr. . 31 Dacryocystitis . 3 Sycosis introit nasi . . . . . 5 Hyposmia . . 2 Asthma bronch. 2
hypertrophica	851														
simplex . . .	614														
sicca	106														
atrophica . .	269														
Ozaena simplex	91	26	65	—	5	43	30	3	8	2	—	—	—	—	**Współist. cierpienia** Deformatio nasi . 1 Laryngitis chr. . 6 Otit. med. catar. chr. . . . . . 6 Otit. med. pur. chr. 3
Perforatio sicca ant. septi nasi	4	—	4	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	
Lupus et tuberculosis nasi et faciei	77	30	47	—	4	41	12	11	4	3	2	—	—	—	**Współist. cierpienia** T. b. c. pharyngis 7 (Isambert 3) Lupus laryngis . 1
Lues nasi . .	4	1	3	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	L. III cavi nasi . . 2 et palati duri . . 2
Scleroma nasi	12	6	6	—	—	3	5	3	1	—	—	—	—	—	Scleroma phar. . 2 „ laryngis 5
Polypi nasi .	143	64	79	—	2	20	46	26	18	23	8	47	41	55	**Współist. cierpienia** Otit. med. catar. chr. . . . . . . 8 Otit. med. pur. chr. 1 Sinuitis paranasalis . . . . . 15 Deviatio septi nasi 4 Veget. adenoid. . 2 Pharyngitis chr. . 4 Laryngitis chr. . 2 T. b. c. laryngis . 1 Asthma bronch. . 2
polypi choanales	6														

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Neoplasma nasi	44	24	20	1	2	8	5	4	5	11	8	—	—	—	
Angioma vestibuli et septi nasi	5														
verruca introitus nasi	15														
sarcoma vestibuli nasi . . . . ,	3														
Neoplasma benignum introit. nasi	5														
Fibroma cavi nasi	3														
Ulcus rodens .	7														
Neoplasma malignum maxillae sup.	3														
Neoplasma malignum ossis ethmoidal	3														
Corpus alienum in meato nasi	15	8	7	9	4	1	—	—	—	1	—	8	7	—	guzik . . . 1 papier , . . 1 groch . . . 5 kamyk . , . 2 orzech . . . 1 drzazgi . . . 3 kłak konopi . . 1 sznurek . . . 1
Epistaxis . .	208	123	85	11	9	84	71	6	9	15	3	85	65	58	Współist. cierpienia Deviatio septi nasi 6 Anaemia . . . 2 Diathesis haemorrhagica . . . 1 Pertussis . . . 1
Trauma nasi .	29	19	10	6	3	7	6	6	1	—	—	—	—	—	Powikłania Fractura 10
Hyposmia . .	6	1	5	—	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	Hysteria . . . . 1 Post grippam . 1
Sinuitis paranas.	416	165	251	4	10	73	130	80	73	30	16	146	140	138	Powikłania
acuta . .	138														
chronica	278														Polypi nasi . . 17
Highmoritis															
acuta . .	85														Phlegmona orbitae 2
chronica	211														Ptosis palpebrae sup 1
Ethmoiditis															
acuta . .	23														
chronica	30														Amaurosis . . . 1
Frontitis															
acuta . .	25														Trismus 1
chronica	22														
Sphenoiditis															Schorzeń pojedynczych zatok . 329
acuta .	3														
chronica	15														
Pansinuitis															Kilku zatok razem 87
acuta . .	3														
Periostitis et osteomyelitis maxillae sup. e. inf. er . .	35	19	16	—	1	7	10	5	6	4	2	16	18	1	e sinuitido . . . 2 e dento 6
Cum fistula .	2														

Choroby jamy ustnej, gardła i jamy nosowo-gardłowej i przełyku.

Ogólna liczba chorych 4094.

Nazwa choroby	Ilość	Płeć		Wiek chorego								Strona			UWAGI
		♂	♀	do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	lewa	prawa	obie	
Palatoschysis	19	10	9	9	—	6	3	1	—	—	—	—	—	—	
labium leporinun	2														
Palatoschysis submucosa .	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Combustio oris	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Acido sulfur . . 1 Kalio caustico . . 1
Contusio oris .	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Stomatitis acuta	86	35	51	8	4	15	23	19	4	10	3	—	—	—	
catarchalis .	12														
aphtosa . . .	15														
ulcerosa .	32														
Plaut-Vincent	3														
gingivitis . .	15														
pyorrhea alveolaris . .	9														
Parulis . . .	3	1	2	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	
Sialoadenitis acuta	4	—	4	—	—	1	2	—	—	1	—	2	1	1	Calculus ductus . 2
submaxillaris	3														
Parotidea .	—														
Parotitis epidemica . .	13	5	8	2	4	4	3	—	—	—	—	4	6	3	
Abscessus linguae et sublingualis .	36	23	13	—	1	3	12	9	3	6	2	—	—	—	
linguae . . .	26														
sublingualis .	10														

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Abscessus palati . . .	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
duri	1														
mollis . . .	1														
Abscessus retropharyngeus	19	11	8	16	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	
Angina Ludovici . .	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	
Lingua nigra .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Morbus Mikulicz . .	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Tuberculosis cavi oris et pharyngis . .	23	14	9	—	1	3	8	5	5	1	—	—	—	—	
Lues cavi oris et pharyngis	17	10	7	1	2	2	5	4	3		—	—	—	—	
Pemphigus . .	5	4	1	—	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	
Neoplasma cavi oris et pharyngis (benignum et malignum) . .	28	16	12	2	—	6	3	3	3	5	6	—	—	—	
Fibroma palati	2														
Papilloma tonsillae . .	2														
Angioma pharyngis .	2														
Fibroma epipharyngis .	1														
Cysta tonsillae	1														
Cysta linguae	1														
Cysta dentis	1														
Cylindroma palati . . .	3														
Cylindroma linguae . .	4														
Cylindroma tonsillar . .	2														
Epulis . . .	3														
Neoplasma malign. hypopharyngis	6														

Nazwa choroby	Ilość	Płeć		Wiek chorego								Strona			UWAGI
		♂	♀	do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	lewa	prawa	obie	
Neoplasma labii . . . superioris . inferioris . .	 8 4 4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Carcinoma . . 2
Corpus alienum in tonsilla .	6	2	4	—	—	4	—	—	1	1	—	4	2	—	Ości 6
Corpus alienum in oesophago	24	9	15	5	1	2	9	3	2	1	1	—	—	—	Protezy zębowe 4 Kości . . . . . 13 Ości . . . . . 2 Gwoździ 5
Neuralgia . occipitalis . trigemini . . facialis . . . otalgia . . .	58 8 40 4 6	15	43	—	—	7	19	16	4	10	2	—	—	—	
Paresis et paralysis nervorum . . . . glossolabialis oculomotorii facialis . . . veli palatini	8 1 2 4 1	2	6	1	1	2	1	—	2	1	—	—	—	—	
Angina . . . Plaut-Vincent	379 34	213	166	27	28	101	128	55	28	7	2	—	—	—	
Cum abscesso peritonsill . .	182	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	92	88	2	
Tonsillitis chronica . .	798	331	467	6	30	149	413	137	43	17	3	—	—	—	Współist. cierpienia Pharyngitis chr. 93 Rhinitis chr. . . 34 Laryngitis chr. . 11 Sinuitis paranas. 4 Deviatio septi nasi . . . . 61 Epistaxis . . . 4 Veget. adenoid . 55 Otit. med. acuta 9 Otitis med. catar. chr. . . . . . 3 Otit. med. pur. chr. 9 Rheumatismus articular. . . 7 Lues 1
Hypertrophia tonsillar. palatinarum .	467	198	269	70	103	193	80	17	3	1	—	—	—	—	Współist. cierpienia Veget. adenoid 256 Rhinitis chr. 59 Otit. med. catar. chr. 12 Otit. med. pur. chr. 7

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Vegetationes adenoidales	1137	510	627	208	402	*do* 15 351 *do* 20 136	*do* 25 31 *do* 30 6	2	1	—	—	—	—	—	**Współist. cierpienia** Hypertrophia tonsil. palat . 256 Tonsillitis chr. . 55 Rhinitis chr. . 53 Deviatio sep. nasi 21 Pharyngitis chr. 11 Laryngitis chr. . 9 Otitis med. cat. chr. . . . . . . 82 Otit. med. pur. chr. . . . . . . 73 Surditas . . . . 4 Surdo-mutitas . 1 Sigmatismis . . 2 Balbuties . . . 1 Epiphora . . . 1 Serophulosis . . 2
Pharyngitis acuta . . .	24	14	10	1	1	3	4	7	7	—	1	—	—	—	
Pharyngitis chronica . .	921	439	482	—	9	166	348	174	131	161	32	—	—	—	**Współist. cierpienia** Tonsillitis chr. . 93 Rhinitis chr. . 215 Deviatio septi nasi . . . . 82 Laryngitis chr. 47 Sinuitis paranas. 5 Ozaena simpl. . 7 Epistaxis . . . 3 Otit. med. catar. chr. . . . 7 Otit. med. pur. chr. 2
simplex . .	365														
hypertrophica	329														
sicca	200														
paraesthesia pharyngis .	27														
Arthritis mandibulae . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	
Strictura oesophagi . .	11	6	5	1	1	1	1	6	1	—	—	—	—	—	
Abscessus faciei	4	3	1	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	
Parotitis . .	1														
Labii superioris	2														
Subperiostalis maxillae sup.	1														

Choroby krtani.

Ogólna liczba chorych 1148

Nazwa choroby	Ilość	Płeć		Wiek chorego								Strona			UWAGI
		♂	♀	do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	lewa	prawa	obie	
Laryngitis acuta	206	83	123	6	5	58	72	38	16	9	2	—	—	—	
Laryngitis chronica	384	167	217	4	11	97	124	86	43	15	4	—	—	—	
Perichondritis laryngis . .	4	2	2	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	
Tuberculosis laryngis . . .	315	220	95	—	1	35	103	91	58	21	6	—	—	—	
Lues II laryngis	5	2	3	—	—	1	2	1	1	—	—	—	—	—	
Scleroma laryngis	15	10	5	—	—	6	5	3	—	—	1	—	—	—	
Polypus laryngis	48	31	17	—	—	4	20	13	7	3	1	—	—	—	
chordae vocalis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	29	—	
Noduli cantorum	14	1	13	—	—	4	4	3	3	—	—	2	1	11	
Neoplasma laryngis . . .	106	100	6	1	1	2	2	6	24	43	27	—	—	—	
Papilloma . .	4														
Carcinoma .	102														
Paresis et paralysis nervi recurrentis . .	25	13	12	—	—	4	6	—	8	4	3	15	5	5	
Stenosis laryngis	14	9	5	6	1	2	3	1	1	—	—	—	—	—	
Diaphragma .	5														
Cicatrices . .	3														
Corpus alienum	6														
Status post tracheotomiam .	12	7	5	2	1	4	2	2	1	—	—	—	—	—	Causa Diphteria 4 Neoplasma . . 1 Ignota 7

Choroby twarzy i szyi.

Ogólna liczba chorych 213.

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGA
Naevus vasculosus faciei .	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Atheroma faciei	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Paresis nervi facialis . . .	5	2	3	—	—	—	4	—	1	—	—	3	2	—	
Struma . . .	94	11	83	—	2	38	22	14	11	6	1	—	—	—	
Basedoviana.	23														
Colloides . .	54														
Neoplasma .	17														
Neoplasma colli	3	3	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	
Fistula colli .	2	1	1	—	-	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
Lymphadenitis colli	73	38	35	11	13	30	11	6	—	1	1	—		—	Scrophulosis . . 9 Tuberculosis . . 17 Lymphogranulom. 2
Abscessus et phlegmona colli	29	14	15	4	1	8	6	4	1	3	2	—	—	—	
Torticollis . .	4	1	3	—	1	—	1	1	1	—	—	3	1	—	

Choroby różne.

Ogólna liczba chorych 49.

Nazwa choroby	Ilość	Płeć ♂	Płeć ♀	Wiek chorego do 5	10	20	30	40	50	60	wyżej	Strona lewa	prawa	obie	UWAGI
Asthma bronchiale	7	4	3	—	—	2	1	2	—	2	—	—	—	—	
Furunculosis capit.	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Exophtalmus .	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Tumor cerebri	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
Arteriosclerosis	17	2	15	—	—	—	—	—	1	5	11	—	—	—	
Hysteria . . .	21	1	20	—	—	4	10	5	1	1	—	—	—	—	

SPRAWOZDANIE

z działu chorób mowy i głosu Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. za okres 1923—1934.

Kierownikiem Poradni jest Doc. Dr. *B. Dylewski.*

Poradnię dla chorych z wadami mowy i głosu otwarto przy Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. w 1929 roku. Wobec dużej liczby dzieci w wieku szkolnym uczęszczających do Poradni czynnej tylko w godzinach rannych oraz wobec położenia Kliniki na krańcu miasta otwarto w grudniu 1929 roku szkolną przychodnię fonologiczną jako filję klinicznej Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu. Szkolna przychodnia fonologiczna mieści się w centrum miasta i pracuje w godzinach popołudniowych w celu umożliwienia leczenia dziatwy szkolnej w godzinach polekcyjnych, i jest prowadzona przez personel lekarski Kliniki Otolaryngologicznej, która również wyposaża szkolną Przychodnię fonologiczną w niezbędny instrumentarjum, bieliznę, fartuchy i t. p. Po otwarciu Szkolnej Przychodni fonologicznej, obsługującą dziatwę szkolną materjał chorych Poradni Klinicznej z chorobami mowy i głosu stanowią przeważnie dorośli. Do Kliniki otolaryngol. skierowywano również chorych ze szkolnej przychodni fonologicznej, wymagających leczenia zapomocą specjalnych przyrządów, których przychodnia szkolna nie posiada.

W okresie sprawozdawczym w poradni fonologicznej klinicznej i szkolnej przyjęto razem 10.250 (pierwszorazowych 6.022, powtórnych 4.158), w tem w Poradni klinicznej było 1.436 chorych (pierwszorazowych 768, powtórnych 728).

Wobec ogromnej liczby chorych z wadami mowy i głosu wśród dzieci w wieku szkolnym, dochodzącej w klasach niższych do 73%, Klinika Otolaryngologiczna przystąpiła do organizacji pracy walki z temi wadami na terenie szkoły. W 1932 roku z inicjatywy Kliniki został zorganizowany pod egidą Rady Wydziału Lekarskiego U. S. B. zatwierdzony przez M. W. R. i O. P. czteromiesięczny kurs z dziedziny chorób mowy i głosu dla nauczycieli i lekarzy szkolnych. Nauczyciele, absolwenci tego kursu pracują w dziedzinie zwalczania wady mowy i głosu na terenie szkoły, prowadząc pod kontrolą lekarza fonologa 16 zorganizowanych przez Kuratorjum szkolnych punktów opieki nad dziećmi z upośledzoną mową. W tych punktach, mieszczących się w szkołach w różnych dzielnicach miasta przepro-

wadza się ambulatoryjne leczenie wad mowy i głosu dzieci ze szkół danej dzielnicy. Prócz tego nauczyciele mają nadliczbowo specjalne lekcje w pierwszych oddziałach szkół powszechnych, w których statystyka wykazała ogromny odsetek dzieci z wadami mowy i głosu.

W okresie sprawozdawczym przeprowadzono dwie statystyki (rejestracje) dzieci cierpiących na choroby głosu i mowy. Zbadano przeciętnie 17.000 dzieci. Szczegółowe dane o cierpieniach mowy i głosu u dzieci szkół wileńskich zostały ogłoszone w kilku pracach, pochodzących z Kliniki.

W związku z podjętą przez Klinikę Otolaryngologiczną U. S. B. akcją walki z wadami mowy i głosu, powstających często naskutek upośledzenia słuchu, rozpoczęto również akcję opieki nad dziećmi z upośledzonym słuchem. Przeprowadzono przez specjalnie wyznaczonych lekarzy badanie słuchu u wszystkich dzieci szkół powszechnych i średnich m. Wilna.

Zebranie i opracowanie zebranego materjału jest tematem pracy doktorskiej pracujących w tej dziedzinie lekarzy. Przeprowadzoną w ten sposób ewidencję dzieci z upośledzonym słuchem stale uzupełnia się przez badania w szkolnej przychodni fonologicznej słuchu wszystkich dzieci wstępujących do pierwszych oddziałów szkół powszechnych. Zarejestrowane dzieci z wadami słuchu skierowuje się do specjalnego leczenia oraz otacza się specjalną opieką pedagogiczną.

Streszczenia.

Dr. KORSAKOW. „Pierwotny i wtórny szew po trepanacji wyrostka sutkowego“. Żurnał usznych boleźniej.

Natychmiastowe zaszywanie rany po operacji na wyrostku sutkowym nieraz powoduje wtórne zropienie rany i źle wpływa na gojenie się sprawy w uchu środkowem. Natomiast szew wtórny w pewien czas po operacji nie posiada tych stron ujemnych i znakomicie przyczynia się do skrócenia czasu leczenia. Autor w 60 przypadkach z powodzeniem nakładał szew wtórny w różny czas po trepanacji wyrostka sutkowego, zwykle wówczas, gdy sama rana poza uchem oddzieliła się już od jamy bębenkowej. Ropienie rany nie służy przeciwskazaniem do nakładania wtórnego szwa. *Dylewski.*

KAGAŁOWSKI. „O leczeniu przetok potrepanacyjnych zapomocą zastrzykiwań wazeliny“. Żurnał usznych boleźniej. Nr. 6. 1934.

Na podstawie 14 własnych przypadków autor doszedł do wniosku, że zastrzykiwanie roztopionej wazeliny do przetoki, albo do nie gojącej się rany pooperacyjnej poza uchem przyśpiesza gojenie się

i zarastanie rany i przetoki wskutek pogorszenia warunków odżywiania dla drobnoustrojów i wzmożonego bujania ziarniny. Zastrzykiwanie wazeliny autor robił kilka razy w każdym przypadku w odstępach 2 — 3 dni. *Dylewski.*

BEREŻNIAK. „O powikłaniach zapalenia wyrostka sutkowego ropowicą gazową“. Żurnał usznych boleźniej Nr. 6. 1934.

Opis 3-ch przypadków. Objawy miejscowe: Obrzęk tkanek, wydzielina z rany krwawo pienista, czasami oleista, odgłos bębenkowy zajętej okolicy podczas przeprowadzania po skórze ostrzem noża, miejscowa aleukocytoza, znieczulenie chorej okolicy, brak krwawienia po przecięciu, żółtawo-brunatne, albo miedziano-czerwone zabarwienie okolicy rany, zniszczenie gazowe mięśni bez stanu zapalnego, rozprzestrzenienie gazu w tkankach zdrowych dokoła rany.

Objawy ogólne: zachowanie świadomości, szybkie i nikłe tętno, brak podniesienia ciepłoty ciała.

Leczenie chirurgiczne, albo zachowawcze w postaci zastrzykiwania do sąsiednich tkanek 3% rozczynu wody utlenionej, tamponowanie rany eterem z terpentyną. *Dylewski.*

WULF, „O zamknięciu przetok ślinianki przyusznej“. Żurnał usznych boleźniej Nr. 6. 1934.

Autor w 3-ch przypadkach z powodzeniem stosował operacje wszczepienia pod skórę nad przetoką wyciętej z biodra tkanki tłuszczowej. *Dylewski.*

N. BOCHON. O leczeniu bez tamponów po radykalnych operacjach zatok bocznych nosa. Sbornik trudow t. II 1934.

Tampanada odrzucana w mniejszych zabiegach wewnątrznosowych jest stosowana przez większość autorów w radykalnych operacjach zatok bocznych nosa. Autor artykułu na podstawie obserwacyj 500 przypadków skłania się za następczem leczeniem bez tamponów; sposób ten skraca pobyt chorego w szpitału i przyśpiesza szybszy jego powrót do zdrowia. Zwolennicy tamponady uważają, iż zapobiega ona późniejszym krwawieniom, sączkuje jamę operacyjną i ułatwia zagojeniu płata, użytego do plastyki. Autor wnioskuje, iż tamponada nie jest bezwzględnie konieczna dla zapobieżenia krwotokom, uważa natomiast, że tamponada gazikami nie stanowi idealnego drenażu pozatem sprzyja infekcji: usuwanie gazików połączone jest często z długotrwającem krwawieniem a przez powierzchowne uszkodzenie niżej leżących tkanek warunkuje reinfekcję i przemieszczenie płata użytego do plastyki, zgojenie tego płata również dobrze zachodzi bez użycia tamponady. Sączek nie jest zdolny do odsysania gęstej wydzieliny, powodując jej zastoinę i reinfekcję podwyższenie ciepłoty, ustępującej po usunięciu tamponady. Ujemną następnie stroną tamponady jest silny ból podczas usuwania sączków, wywołujący czasem omdlenia. Z tych względów leczenie bez tamponady wydaje się być bardziej celowe i proste. *B. Tołczyński.*

BIEGOŁOWO-LENINGRAD. Otoskleroza i jej leczenie. Sbornik trudow t. II 1934.

Każdy przypadek istotnej otosklerozy powinien odpowiadać wymaganiom, które autor dzieli na: I absolutnie bezwarunkowe, II względnie bezwarunkowe oraz III warunkowo względne. Do absolutnie bezwarunkowych należy: 1) stopniowy, często niezauważony początek schorzenia 2) jego długotrwałość i postępowanie 3) niezdolność odbierania niskich tonów i szeptu, 4) całkowita drożność trąbki Eustachjusza i brak zmian słuchu po przedmuchaniu, stosowania bougie i t. p. 5) fenomen paracusis Willisii, 6) osłabienie słuchu w obu uszach (objektywnie) przy skargach na głuchotę w jednem, 7) brak bezwzględnej głuchoty, 8) zachowanie w początkowych stadjach zdolności odbierania wysokich tonów, w niektórych przypadkach nawet obostrzenie, 9) pobyt przed chorobą w hałaśliwych warunkach życiowych lub zawodowych.

Do drugiej grupy należą: 1) ciągłe niepokojące szumy, 2) skrócenie przewodnictwa kostnego dla C_{128}, 3) wypadnięcie zdolności odbierania wysokich tonów, 4) ujemny objaw Gellé, 5) normalna błona bębenkowa, 6) niewyraźny odbior zwykłej mowy szczególnie podczas rozmowy kilku osób, 7) nadwrażliwość akustyczna przez wyrostek sutkowy, 8) przynależność do rodziny, liczącej w swem gronie głuchych osobników, 9) dobra powietrzność wyrostka sutkowego, 10) zmniejszenie czucia wibracyjnego, 11) pogorszenie w niepomyślnych warunkach życiowych, 12) pogorszenie po zimnych morskich kąpielach, 13) żeńska płeć, 14) pogorszenie po ciąży i porodach, 15) wiek (od 15 — 50 lat).

Do trzeciej grupy: 1) całkowita triada Bezolda, 2) oraz triada: niebieskie zabarwienie białkówek, głuchota i łamliwość kości 3) poprzedzające choroby kości, 4) szerokie przewody słuchowe, 5) objaw Schwartzego, 6) objaw Fröschelsa, 7) objaw Toynbee-Binga, 8) objaw Hammerschlaga, 9) zawroty głowy, 10) obecność ekzostozów w przewodzie słuchowym, 11) dodatni WR.

Otosklerozę dzieli autor na 3 grupy zależnie od długości trwania sprawy chorobowej, w podziale tym objawom klinicznym miałyby odpowiadać zmiany anatomopatologiczne.

Dla określenia poszczególnej grupy posługuje się zwykłą mową. Zmiany anatomopatologiczne mają bogatą literaturę. Większość autorów zgadza się z powstaniem w normalnej kości błędnika tajemniczych ognisk prowadzących do wytworzenia sklerotycznej tkanki kostnej. Ulubionem miejscem tych ognisk jest przednio—górny odcinek okienka owalnego, promontorium, podstawowy zwój ślimaka, wewnętrzny przewód słuchowy. Ognisko takie zwykle rozwija się w pobliżu naczyń krwionośnych (stąd teorja naczyniowa) na granicy periostium i enchondrium, zwykle symetrycznie, położone w jamce. Tworzeniu się ognisk towarzyszy zanikanie przestrzeni interglobularnych. Ogniska te nigdy nie obejmują całej kości skroniowej. W ich tworzeniu odróżnia się, 1) okres waskularyzacji, 2) okres spongiozy

i 3) — otosklerozy. Po okresie waskularyzacji tkanka kostna zamienia się w młodą niedojrzałą miękką tkankę spongiotyczną, przestrzenie okołonaczyniowe rozszerzają się jak również kanały Haversa, w przestrzeniach tych wytwarza się osteoblastyczny szpik kostny, proces ten uważany przez niektórych za nowotworowy wypiera starą tkankę kostną mechanicznie przez wypieranie naskutek niszczącego działania powstających osteoklastów i komórek olbrzymich. W ostatecznym wyniku powstają masywne ogniska kostne. Badanie kostnego błędnika utrudnia fakt, iż błędnik ten może ulec innym schorzeniom kości jak chondro-dystropina, osteogenesis imperfecta i td. Własna hypoteza autora polega na przyrównaniu ślimaka do dzwonu wibrującego. Odegrywa tu przytem rolę tak zwana wibracja molekularna, na której opiera się zjawisko rezonansu, kiedy cząstki danej masy huśtają się jak na huśtawce z coraz większą amplitudą pod warunkiem iż okres ich własnych wahań zgadza się z okresem zewnętrznych wibracyj. Wszelki przedmiot wibrujący musi posiadać pewną odporność swej masy.

Niewątpliwie i labirynt przerabia podczas wibracji ciężką pracę i podobnie jak dzwon może podczas dźwięczenia pęknąć. Tak samo pęka labirynt z tą różnicą, że powstająca szczelnia goi się, co daje impuls do powstawania ognisk. Owe zmniejszenie wytrwałości labiryntu na zjawiska akustyczne nazywa autor wibropatją. Otoskleroza byłaby wtedy anomalją dźwiękowej refrakcji błędnika w wyniku jego niepełnej wartościowości, kiedy zachodzi dysharmonja ruchów cząsteczek podczas dźwiękowego oddychania. Podług Witmacka zaś otoskleroza jest wynikiem zastoiny krwi w błędniku naskutek przekrwienia. Leczenie otosklerozy polega przedewszystkiem na profilaktyce: wyeliminowanie osób z upośledzonym słuchem ze zmniejszoną wartościowością błędnika do zacisznych miejsc, wzbronienie kąpieli morskich zapobieganie zaparciu, wywołującemu przekrwienie i zastoinę.

Dalej posługuje się autor reedukacją zapomocą aparatów radjowych dążąc do bardziej prawidłowego oddychania dźwiękowego, zmuszając cząsteczki kości do zajmowania bardziej dogodnych dla wibracyj pozycyj. Reedukacja dała autorowi poprawę słuchu w 32%. Z metod operacyjnych, których nie jest zwolennikiem wylicza autor usunięcie strzemiączka, nałożenie przetoki na kanał półkolisty z następną plastyką, zniszczenie splotu żylnego błędnika. Wreszcie leczenie konserwatywne:

Małe dawki kalomelu — 0,003 dziennie, leczenie fosforem, dożylne zastrzyknięcia 10 — 20% stront bromati po 5 — 10 cm^3 lub per os w połączeniu z diuretyną 0,5 i natr. salicyl. 0,01.

Dalej kombinowane leczenie wg. Kekało: dowewnątrz 0,01% fosfór w tranie, fibrolizyna podskórnie oraz faradyzacja. Leczenie wapnem, sentgenem diatermją; dalej kąpiele błotne goręce R, jonizacja jodkiem potasu, promienie fiołkowe, wyciągi przytarczyczne po 0,5 — 0,75 dziennie, prądy częstotliwe, małe dawki adrenaliny (0,1 — 0,2 mgr.) w połączeniu z wapnem i tranem.

Dobre wyniki widział autor od mikstury Bechterewa: Rp. Jnfi Adon. ver 4,0 — 180,0 natr bromati 8,0 Kal. jodati 4,0 codeini pur. 0,12—4 ł. stoł. dziennie. Przedmuchiwanie trąbki Eustachjusza, faradyzacja, rozszerzanie trąbek zapomocą bougie masaż małżowiny usznej, wprowadzenie przez kateter pary eteru octowego.

B. Tołczyński.

Posiedzenie naukowe Sekcji Warszawskiej Polsk. T-wa Oto-laryngologicznego

z dnia 26.V 1933 r.

Przewodniczący *J. Czarnecki.* Sekretarz *J. Tencer.*

Dyskusja nad referatem D-ra *Srebrnego.*

Koenigstein: Wskazania do wydłótowania wyrostka sutkowego w ostrem stadjum należy podzielić na bezwględne i względne. Pierwsze dotyczą przypadków, powikłanych sprawą ropną wewnątrzczaszkową, zakrzepem zatok lub żyły jarzmowej, oraz przypadków bez powikłania wewnątrzczaszkowego lub zatokowego, gdzie stwierdzamy ropień, względnie ropniak wyrostka, lub miękkich części szyi. To też przypadki mastoiditidis acutae w 3—4-ym tygodniu choroby, którym towarzyszy obfite ropienie, bolesność wyrostka, stwierdzona objektywnie i subjektywnie, uczucie ciężkości za uchem i w głowie, stępienie słuchu, które po przedmuchiwaniu Politzerem nie ustępuje—wszystkie takie przypadki wymagają bezwzględnej interwencji. Zwłaszcza ważnym objawem jest brak poprawy słuchu po Politzerze, co niektórzy, jak Ruttin i inni, uważają za dowód, iż mamy do czynienia z „Mucosusotitis". Wprawdzie i tu są liczne wyjątki, nie należy jednak liczyć na nie, lecz w obawie mogących powstać powikłań i, biorąc pod uwagę całokształt takich objawów, jak ogólny stan chorego, jego wygląd zewnętrzny, stan ciepłoty i t. d., musimy nakłonić chorego do poddania się operacji. Im pacjent jest starszy, tem wcześniej należy operować. Cukrzyca i podeszły wiek chorego powinny przyśpieszać nasze wskazania do operacji. Aczkolwiek niżej przytoczę 2 charakterystyczne przypadki, przeczące napozór powyższemu twierdzeniu, to jednak lekarzowi nie wolno brać na sumienie tak długiego czekania i tylko „vi medicatrici naturae" należy przypisać fakt, iż ci 2 chorzy, o których będzie mowa niżej, zostali przy życiu.

45-letni mężczyzna z typowemi objawami zapalenia wyrostka był w 6-tym tygodniu choroby zakwalifikowany przeze mnie do operacji. Chory ten leczył się u b. wielu lekarzy aż do 7-ego miesiąca choroby. Gdy się zdecydował na zabieg, miał mocno zwężony przewód, bardzo nikły słuch i stały świst w uchu i w głowie. Podczas operacji cały wyrostek okazał się zniszczonym. Chory wyzdrowiał, słuch jednak pozostał mocno upośledzony.

Drugi przypadek dotyczył 62-letniego mężczyzny z dużym odsetkiem cukru w moczu. Gdy choremu radziłem w 8-mym tygodniu choroby poddać się operacji, nie chciał o tem słyszeć. Dopiero w rok przeszło po ostatniem badaniu chory

wrócił do mnie. Stwierdziłem głęboką flegmonę szyi, całkowity zanik słuchu, chory nie słyszał głośnej mowy nad uchem. W moczu przeszło 6% cukru. Podczas operacji po kilku uderzeniach młotkiem cały wyrostek został usunięty łyżką i kleszczykami; wszędzie były ziarnina i martwaki. Przy stałem odcukrzaniu chorego w 6 tygodni rana na szyi i za uchem zagoiła się.

Ze Stengerem można się zgodzić, że przetoka na wyrostku i ropień za uchem jest absolutnem wskazaniem do operacji. Co do opadnięcia górnotylnej ściany, przemawiającem zazwyczaj za sprawą ropną w jamie sutkowej, to zdarza się, że sprawa się cofa, jednakże ten objaw należy uważać za ostrzeżenie i chorego przygotować do myśli o bliskiej operacji. Przetoka w tylnej ścianie kostnego przewodu jest według mnie wskazaniem b. ważnem, aczkolwiek nie bezwzględnem.

Co do podniesionej ciepłoty ciała, to zaznaczyć trzeba, że typ gorączki ropnicowej, o ile każda inna przyczyna tej gorączki jest wykluczona — jest bezwzględnem wskazaniem do operacji. Wprawdzie niezawsze wyeliminowanie pierwotnego ogniska w kości usuwa niebezpieczeństwo powikłania wewnątrzczaszkowego, to jednak lekarzowi ze względu na „salus aegroti" długo z zabiegiem czekać nie wolno. Długotrwałe ropienie, ponad 6 tygodni przy upośledzeniu słuchu, bóle wyrostka, bóle głowy, trzymające się nawet po całkowitem ustąpieniu ropienia, są wskazaniem do operacji. Niezmiernie ważnem wskazaniem jest upośledzenie słuchu. Nieliczne pod tym względem wyjątki nie powinny nas powstrzymywać od zabiegu. Tak np. 40-letnia pacjentka, żona lekarza w 8-ym tygodniu choroby nie zgodziła się na operację, pomimo obfitego ropienia i silnego stępienia słuchu; po 12 tygodniach wszystko wróciło do normy. Doniosłą rolę gra stwierdzenie w ropie po paracentezie drobnoustrojów takich, jak pneumococus mucosus, streptococcus haemoliticus oraz proteus vulgaris. Jeden przypadek ciężki straciłem w 8-ym dniu od początku choroby. Na stole operacyjnym wykryłem ropień nadoponowy, bardzo rozległe zapalenie szpiku kostnego, tak, że zmuszony byłem kość usunąć ponad móżdżkiem, oraz wierzchołek piramidy. W ropie znaleziono proteus vulgaris.

Największą rolę przy wskazaniacb do operacji odgrywa *doświadczenie* i intuicja lekarza oraz jego nastawienie chirurgiczne. Wyjątki i omyłki w prognozie nie powinny nas zrażać i tam, gdzie rozum i sumienie każą nam operować, winniśmy tej linji się trzymać i operować. Pewniej będzie operować o parę dni za wcześnie, niż o kilka godzin za późno.

Doc. *Wąsowski* podkreśla różnicę w zapaleniu wyrostka sutkowego na tle otitis genuina i secundaria. Według Scheibego przebieg w otitis secundaria jest łagodniejszy, z czem mówca jednakże nie zgadza się.

Karbowski. Brak jest paralelizmu pomiędzy otoskopją, a zmianami w kości.

Chorążycki. Na konieczność operacji wskazuje zropienie kości. O ile w 4 tygodniu istnieje obfita ropna wydzielina i rentgen przemawia za zniszczeniem przegródek kostnych, to istnieje bezwzględne wskazanie do operacji.

Czarnecki. Trudności co do wskazań do operacji w ostrem zapaleniu wyrostka sutkowego są duże. Niema tu analogji z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, gdyż appendicitis acuta stanowi nie sprawę świeżą, lecz przejście starej sprawy na otrzewnę, natomiast mastoiditis acuta jest sprawą świeżą, mogącą się cofnąć. W rozpoznaniu mastoiditis i wskazań do operacji należy również zwracać uwagę na przebieg ciepłoty, tętno i wygląd języka.

Posiedzenie z dnia 30.VI 1933 r.

Srebrny: Pokrótce streścił wygłoszony na poprzedniem posiedzeniu odczyt, podkreślając, że celem jego było wykazanie na przykładach, że z wyjątkiem przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych i przetok okolicy wyrostka sutkowego żadne z pozostałych wskazań nie daje absolutnej pewności, i że z tego powodu operacje wykonywa się często tylko z obawy, aby nie narazić chorego na niebezpieczeństwo skutkiem zwlekania z operacją. Stąd wiele operacyj wykonywa się niepotrzebnie. *S.* przyznaje, że przypadki ciężkich powikłań wewnątrzczaszkowych już od samego początku mają złą tendencję, więc skończyłyby się nieszczęśliwie i wrazie wcześniejszej interwencji. Srebrny przyznaje, że zapomniał o odczycie. Karbowskiego na I międzynarodowym zjeździe oto-laryngologicznym w Kopenhadze, dotyczącym połączenia pomiędzy przestrzenią podpajęczynówkową a uchem środkowem. Na usprawiedliwienie swoje przytacza, że wszędzie, nawet w najnowszym podręczniku prof. Szmurły niema o tem mowy. Zresztą sam Karbowski powiada, że jego badania wymagają jeszcze kontroli. Nie interesuje nas tutaj sprawa zapalenia ropnego ucha środkowego w pierwszem dzieciństwie.

Weintal: Operuje się nie za dużo, jak chce Srebrny, lecz za mało i że gdyby się operowało częściej, to nie byłoby tylu ropień chronicznych, wymagających potem operacji radykalnej.

Srebrny: Operacja nie jest wcale ideałem lecznictwa, ale malum necessarium, ultimum refugium. Operacja nie jest trjumfem potęgi, jest, ona trjumfem niemocy. Po wielu latach, gdy Weintal przekona się, ilu chorych przez niego zakwalifikowanych do operacji, kto inny wyleczy bez zabiegu, to z pewnością stanie się bardziej umiarkowany w wojowaniu nożem. Co do drugiego punktu, ropienia chroniczne powstają nie dlatego, że się nie zrobiło lub późno zrobiło antrotomję, lecz z powodu pozostania stałego przedziurawienia skutkiem zniszczenia większej lub mniejszej części błony bębenkowej, albo też dlatego, że ropienie odrazu zaczęło się jako chroniczne. Tylko w tym razie stałe przedziurawienie nie prowadzi do ropienia przewlekłego, kiedy brzegi przedziurawienia zrastają się z błoną śluzową jamy bębenkowej lub z brzegów tych przechodzi naskórek na jamę bębenkową i wywołuje jej epidermizację. Tencerowi Srebrny odpowiada, że badanie promieniami X., wskazując większą lub mniejszą pneumatyzację, również nie wyświetla nam sprawy konieczności lub zbyteczności operacji Ropień na wyrostku sutkowym pochodzenia gruczołowego może się zdarzyć obok zniszczenia okostny i wywoływać wątpliwości, czy otworzyć wyrostek, czy nie, gdyż zapalenie okostny wyrostka sutkowego, jak wywodził Sr. jest tylko wtenczas absolutnem wskazaniem do otworzenia wyrostka, kiedy znajdujemy przetokę w kości. Na uwagę Pieniążka, że jedne statystyki są zgodne ze zdaniem Srebrnego inne z niem sprzeczne. S. odpowiada, że statystyki mogą być brane w rachubę tylko wtenczas, kiedy opierają się na bardzo wielkich liczbach, co zdarza się niezmiernie rzadko. O próbie Zalewskiego nie mówił, zresztą niema pod tym względem żadnego doświadczenia, sądzi wszelako, że i ona absolutnej pewności pod względem wskazań dać nie może, gdyż mówi ona tylko o obecności lub nieobecności zmian w wyrostku sutkowym, ale nie może nas pouczyć, czy zmiany te mogą się cofnąć, czy nie. O gruźlicy ucha nie mówił, gdyż jest to sprawa przewlekła. Na drugie przemówienie Karbowskiego, że w zapaleniach grypowych, szkarlatynowych, czy odrowych zajęcie ucha odbywa się zawsze drogą krwi, zgodzić się nie można: wie-

le przypadków powstaje per continuitatem z uszu i gardła. Weintal powołuje się na Alexandra, który powiada, że jeżeli w szkarlatynie ropienie nie ustaje po upływie 4 tygodni, to chociażby nie było objawów ze strony wyrostka sutkowego, należy wykonać antrotomję. Powoływanie się na powagę autorytetu jest usprawiedliwione, ale bezkrytycznie *jurare in verba magistri* nie należy. Dlaczego ma być 4 tygodnie? Urbantschitsch mówi o 8 tygodniach, a ten sam Aleksander w innem miejscu — o 7 tygodniach. Gdybyśmy według tej rady postępowali, to liczba niepotrzebnie wykonanych operacyj wzrosłaby niepomiernie. Na uwagi Chorążyckiego o znaczeniu roentgenologicznie stwierdzonego zniszczenia beleczek kostnych odpowiada Srebrny, że wspominał w swoim odczycie o przypadkach uznanych przez roentgenologów na tej zasadzie za bezwarunkowo kwalifikujące się do operacji, a jednak wyleczonych bez operacji. To samo dotyczy zespołu objawów, który także nie decyduje o konieczności operacji. I to było oparte na przykładach z praktyki. Przemówienie Czarneckiego w dużej swojej części było jakby wyjęte z ust Srebrnego. Co się tyczy uwagi Chorążyckiego, że Srebrny nie wspomniał o znaczeniu tętna i wyglądu języka, jako wskazania do operacji, to Srebrny nadmienia, że ani wygląd języka, ani tętno same przez się nie mogą stanowić wskazania, są to bowiem tylko objawy zakażenia ogólnego, które dopiero może być brane w rachubę przy stawianiu wskazań.

Srebrny demonstruje: 1) *chorą, u której w 1919 r. stwierdził rozległe zmiany gruźlicze w krtani.* Chora była leczona galwanokaustyką. Obecnie krtań wykazuje jedynie niewielkie blizny na nagłośni. Zmian swoistych nie stwierdza się.

2) przypadek — obce ciało w nosie.

Kawałek rurki kauczukowej odłamał się podczas leczenia po operacji Caldwell-Luca, która później była robiona. Chory uskarżał się na okresowe zatykanie nosa. Ropienia nie miał. Po kilkunastu latach rurka sama się wydostała. Odłamany kawałek rurki wydostał się prawdopodobnie przez otwór naturalny.

Chorążycki Rurka leżała pewnie w recesus alveolaris.

Karbowski przedstawił chorego l. 56, który od kilku miesięcy miał kaszel wypluwał krew z flegmą, zachłystywał się. Stwierdzono o w r z o d z e n i e o brzegach wałowatych o c h a r a k t e r z e r a k a. Wassermann - Biopsji nie robiono Chorego naświetlano (Dob. Zawadowski) roentgenem. Obecnie owrzodzenie znikło.

D y s k u s j a: *Srebrny.* Na zasadzie wyglądu nie zawsze można sądzić o naturze owrzodzenia. O wyniku leczenia nie można obecnie mówić, należy czekać jeszcze przez dłuższy czas.

Karbowski pokazał chorego l. 42, który od 20 roku życia choruje na płuca. Przed 10 miesiącami wystąpił ropotok z uszu. W 3 miesiącu choroby pojawiły się zawroty głowy i wymioty. Rozpoznano o t i t i s t b c. Przewód słuchowy był zwężony widoczna była ziarnina. Słuch był b. przytępiony, wkońcu zupełnie znikł. Objawu przetokowego nie było. Przy ucisku na lewe 1/2 języka ch. dostawał zawrotu i ny samoistny się zwiększał. Przy naciskaniu przed skrawkiem występował silny ny. Leczenie było przeprowadzone szczepionkami Michalskiego. Dokonano 5 zastrzyknięć. Obecny stan dobry.

Koenigstejn wolałby w tym przypadku stosować leczenie naświetlaniami rg., szczepionki gruźlicze nie są jeszcze wypróbowane.

Karbowski wygłosił odczyt „W sprawie stanów zapalnych w obrębie zatoki szczękowej“. W dyskusji zabierali głos: Chorążycki, Srebrny, Dworecki.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 26.X 1933 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki* Sekretarz — *J. Tencer.*

Turski pokazał chorego z owrzodzeniem głębokiem migdałka nowotworowem, naokoło twarzy naciek, gruczoły chłonne rejonowe powiększone. Chory od 3 miesięcy leczy się na prowincji.

Srebrny. Należy tu dokonać biopsji celem ustalenia rozpoznania.

Hellin pokazał chorego z językiem Moellera. Pod wpływem pendzlowań azotanem srebra stan znacznie się poprawił, a obraz uległ zmianie.

Srebrny: język Hunter-Moellera jest objawem niedokrwistości złośliwej, wobec czego należy w przypadku tym przeprowadzić badanie krwi morfologiczne.

Prezes *Czarnecki* zdał sprawę z tegorocznego zjazdu w Poznaniu.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 30.XI 1933 r.

Przewodniczący *J Czarnecki.* Sekretarz *J. Tencer.*

Prezes *Czarnecki* złożył życzenia Karbowskiewu z okazji uzyskania przez niego pierwszego miejsca na konkursie na stanowisko ordynatora oddziału oto-laryngologicznego w szpitalu na Czystem.

Hellin uzupełnia dane, dotyczące przypadku, demonstrowanego na poprzedniem posiedzeniu. Badanie krwi wykazało 4 miljony czerwonych ciałek, białych ciałek 4.200 o wzorze normalnym, Hg. 90%. W przypadku powyższym nie może więc być mowy o niedokrwistości złośliwej.

Ł. Lubliner wygłosił referat n. t.: *„Kilka uwag w sprawie ropni około-migdałkowych"*.

Ropnie w samym miąższu migdałka występują względnie rzadko. Mogą występować pojedyńczo, jakby rozszerzenie pojedyńczych mieszków lub też mogą zlewać się w jeden duży względnie ropień, łatwy do opróżnienia. Właściwe ropnie okołomigdałkowe mogą przebiegać pod kilkoma postaciami. Najczęściej mamy do czynienia z ropniem, tworzącym się ponad lub nazewnątrz niszy górnej, t. zw. fossa supratonsilaris.

Druga postać ropni wytwarza się poza migdałkiem, wreszcie ropnie powstawać mogą w łuku tylnym lub też w łuku przednim Ropnie ok. migd. zazwyczaj powstają pod koniec angin dołkowych, wskutek drążenia drogami limfatycznemi ropotwórczych drobnoustrojów, najczęściej strepto i staphylokoków. Bardzo często ropnie otwierają się samoistnie po 6—8 dniach od początku choroby, choć spostrzegamy przypadki, trwające więcej niż 20 dni. Objawy miejscowe, wyrażają się w obrzęku śluzówki podniebienia miękkiego, języczka, łuku, samych migdałków, mniej lub więcej utrudnionem połykaniu, niemożności otwierania ust (szczękościsk), bóle różnego natężenia, dochodzące do niemożliwości wypluwania, wysuwania języka, różnego natężenia w różnych miejscach, wreszcie stan gorączkowy i ciężki stan ogólny. Rozpoznanie nieraz dość trudne we wczesnych okresach. Badanie zgłębnikiem główkowatym może wykazać miejsce, gdzie ropień zebrał się, lub też przekłucie szprycą Prawatza ułatwia nam określenie lokalizacji ropnia. W przebiegu ropni ok. migd. zdarzają się nieraz komplikacje, jako to: oedema collaterale aditus ad laryngem, przedostanie się ropy do podstawy jamy ustnej i do śródpiersia. Częściej zdarzają się następcze krwotoki wskutek nadżarcia naczynia krwionośnego lub też podczas samej incyzji. Newcomb opisał 41 przy-

padków krwotoków po peritonsillitis abscedens, z których w 23 przypadkach nastąpiła śmierć. Z rzadszych komplikacyj wymienić należy zakażenia krwi, endocarditis ulcerosa, mediastinitis oraz zaduszenia podczas snu wskutek pęknięcia ropnia i zalania krtani ropą.

Trudności rozpoznawcze. Ujemne wyniki incyzji. Tworzenie się ropni w niewłaściwych okolicach peri - retro - latero - infra tonsillarnych.

Leczenie rozpada się na: 1. terapeutyczne: a) lokalne (okłady, płókania, leczenie metodą Pryma, wysysanie z migdałków metodą Biera; 2. leczenie ogólne: wstrzykiwaniami omnadiny, propidonu, mleka i preparatów podobnych; 3. leczenie operacyjne. Określenie miejsca dla wykonania punkcji i incyzji, dwa sposoby incyzji. Długość incyzji. Rozszerzanie brzegów rany. Noże i skalpele używane do incyzji. Zabezpieczanie noży. Niebezpieczeństwa. grożące przy incyzji, wskutek nieprawidłowego przebiegu art. phar. asc. Aneuryzmat w gardle. Co się tyczy carotis, to nie zdarza się ranić jej, gdyż przebiega ona poza możliwym punktem dotarcia. *Tonsylektomja.* Pierwszy Winkler wprowadził tonsylektomję do lecznictwa chirurgicznego ropni okołomigdałkowych. Przez długi przeciąg czasu nie miał on naśladowców, w ostatnich zaś czasach coraz częściej wykonuje się podczas przebiegu ostrej sprawy tonsylektomję na gorąco. Prace Canuyta i Leroux wykazały, że tonsylektomja, wykonana a chaud, jest łatwa, a nieraz wystarcza usunięcie górnego bieguna migdałka i opróżnienie tą drogą ropnia do wyleczenia na stałe sprawy. Wskazują oni też na absolutny brak krwawienia, zwłaszcza, jeżeli operacja jest nadwnękowa. Następnie, po operacji odczyn miejscowo - zapalny jest minimalny, a infekcje ogólne nie zdarzają się. Ze względu na szybkie wykonywanie rękoczynu wystarczy znieczulenie płynem Bonaina. Całkowite wyłuszczenie migdałka należy przedewszystkiem wykonywać u ludzi często zapadających na ropnie okołomigdałkowe z całym orszakiem tak dobrze nam znanych objawów. Ci chorzy łatwiej poddają się operacji a chaud, gdyż b. cierpią. W r. b w Lugduńskiem Towarzystwie O. R. C. Guillemin i Camoreyt podali 2 przypadki. W pierwszym, w ciągu trzech tygodni po samoistnem otwarciu ropnia, ropienie wciąż trwało z podniesioną ciepłotą: na szósty dzień po tonsylektomji chory wyzdrowiał. W drugim przypadku, po otwarciu chirurgicznem ropnia, przez dwa tygodnie trwała gorączka. Po tonsylektomji rychło nastąpiło wyleczenie. Nie ulega też wątpliwości, że dobrze przeprowadzona kuracja naświetlaniami promieniami Rentgena w przypadkach migdałków miękkich, t. j. zawierających dużo tkanki adenoidalnej, daje doskonałe wyniki, prowadzące do zaniku tk. migd. i niewytwarzania się ropni okołomigdałkowych.

D y s k u s j a : *Pieniążek* spostrzegał krwotok po przecięciu ropnia migdałkowego, udało go się opanować przy pomocy tamponady. W innym przypadku, jako powikłanie ropnia okołomigdałkowego, wystąpiło zapalenie śródpiersia. Co się tyczy wyłuszczania migdałków podczas istnienia ropnia, to uważa zabieg ten za niebezpieczny ze względu na możliwość przeniesienia infekcji drogą naczyń chłonnych.

Weintal omawia otwieranie ropni okołomigdałkowych sposobem Kiliana. W leczeniu ropni okołomigdałkowych w początkowym okresie należy stosować nie omnadinę, a propidon.

Koenigstein: Sprawą ropni okołomigdałkowych w ostatnich latach żywo zajmuje się szkoła francuska z Canuyt'em na czele. Wychodząc z założenia, iż główny zbiornik ropy w tych razach znajduje się między migdałkiem a mięśniami

gardła, Canuyt w Strassburgu, celem otworzenia ropnia, oraz uchronienia chorego od nawrotów, wyłuszczał odrazu migdałek. C. jest zdania, iż w znieczuleniu miejscowem (mieszanka Bonain'a) zabieg przebiega łatwo, bez większego krwawienia, przyczem zdrowego migdałka nie wyłuszcza, by nie wnieść do ustroju zakażenia. Ostatnio Canuyt zmodyfikował swą metodę w ten sposób, iż operuje dwuczasowo. Po przeprowadzeniu cięcia równolegle do przedniego łuku odłuszcza na tępo migdałek i sączkuje ropień między migdałkiem a ścianą gardła. Dopiero po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych C. wyłuszcza całkowicie migdałek. W Niemczech już dawno w ten sposób postępował Winkler, ostatnio pisze o tem Linck.

Srebrny omawia krwotoki, występujące po samoistnem pęknięciu ropnia okołomigdałkowego.

Karbowski radzi otwierać ropnie okołomigdałkowe w znieczuleniu miejscowem, zastrzykując nowokainę w okolicę ewent. incisji.

Czarnecki jest przeciw badaniu palcem ropnia okołomigdałkowego, gdyż to jest bolesne. Igłą łatwiej jest przekonać się, czy ropa jest obecna. Wyłuszczenie migdałków nie jest absolutną gwarancją, że ropień później nie wystąpi. W 4% przypadków, poddanych tonsillectomji, występują ropnie.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 28.XII 1933 r.

Przewodniczący — *J. Czarnecki*; Sekretarz — *J. Tencer*.

Karbowski: *Dwa przypadki ropni mózgu, leczone na drodze operacyjnej*.

Jeden z tych przypadków dotyczy chorej, operowanej przed 11 laty. Badanie układu nerwowego przez D-ra Orlińskiego nie wykryło odchyleń od normy. Pod względem inteligencji niema braków. Przeciwnie, chora ma wyjątkowo dobrą pamięć. Badanie roentgenologiczne nie wykryło zmian chorobowych ani w kości, ani w miąższu mózgowym.

W drugim przypadku chora, była operowana przed 4-ma laty. Oprócz objawów ropnia mózgu były objawy ropnego zapalenia opon mózgowych. Chora była operowana metodą Lemaitra. U chorej tej stwierdzamy (Dr. Herman) zanik znaczny pamięci i wyraźnie upośledzenie inteligencji. Roentgenologicznie i u tej chorej nie stwierdzono żadnych zmian ani w kości skroniowej, ani w miąższu mózgowym.

D y s k u s j a: *Koenigstejn* demonstrował 3 przypadki ropni mózgu po szeregu lat od operacji.

Czarnecki na 7 przypadków ropni mózgu miał 1 przypadek wyleczony na stałe.

Weintal. Lewin z Leningradu uważa wszelkie dotychczasowe statystyki w tej sprawie za niemiarodajne, gdyż przypadkowe i oparte na małym zwykle materjale. Stąd ich różnorodność. Jeśli chodzi o djagnozę ropni mózgu, to trudność polega głównie na tem, że zwykle sprawie tej towarzyszy jeszcze inne powikłanie wewnątrzczaszkowe, najczęściej ropne zapalenie opon. Zwraca również uwagę na opisane w literaturze cztery przypadki ropni prawostronnych nie u mańkutów z afazją. Ta okoliczność jeszcze zwiększa trudności diagnostyczne.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 15.I 1934 r.

Przewodniczący: *J. Czarnecki* Sekretarz *J. Tencer.*

Karbowski i Płońskier: Sekcyjny przypadek obcego ciała w oskrzelu u dziecka.

Przypadek dotyczy 2-letniego dziecka, któremu podczas płaczu wpadła pestka do oskrzela. W warunkach ambulatoryjnych dokonano tracheoskopji, która dała wynik ujemny. Wobec wzmagającej się duszności dziecko skierowane zostało do szpitala, gdzie dokonano tracheotomji. Pomimo to stan dziecka nie poprawił się. Bronchoskopja dolna również nie wykryła obcego ciała. Następnego dnia po tracheotomji dziecko wykazywało jeszcze większą duszność, było sine, tętno miało ledwo wyczuwalne. Wykonana tracheoskopja dolna wykazała obecność błon szarawobiałych, które zwężały światło tchawicy. Po oczyszczeniu tchawicy udało się obejrzeć oskrzela główne. Prawe oskrzele było wypełnione szczelnie taką samą treścią włóknistą. Lewe oskrzele w stopniu słabszym. Przy objawach osłabienia akcji serca dziecko zmarło. Na sekcji stwierdzono pestkę mandarynki w prawem oskrzelu. Nad ciałem obcem światło wypełnione było włóknistą treścią. Błony szarawe stwierdzono też w tchawicy. Jak wiadomo tracheobronchoskopja u dzieci często wywołuje tracheobronchitis fibrincsa, co znacznie pogarsza rokowanie. Ze statystyki Erbricha wynika, że u dzieci do 5 lat obce ciała w oskrzelach dają w 50% zejście śmiertelne.

D y s k u s j a: *Pieniążek* stosuje u dzieci branchoskopję górną, jednak uważa, że lepiej stosować bronchoskopję dolną. Bronchoskopja górna może spowodować późniejszy obrzęk głośni. W bronchoskopji dolnej, ze względu na możliwość zastosowania szerszych rur, lepiej się widzi.

Tencer: nie wszyscy trzymają się zasady, że u dzieci należy w każdym przypadku stosować bronch, dolną. Zapomocą górnej bronchoskopji udaje się w większości przypadków wejść do tchawicy i usunąć tkwiące tam obce ciało. Obawa przed wtórnym obrzękiem głośni jest przesadzona. Również i w przypadku demonstrowanym była stosowana bronchoskopja górna, a jednak obrzęk krtani nie wystąpił. Chevalier-Jackson i Seiffert podają dużą statystykę obcych ciał, usuniętych z górnych dróg oddechowych u dzieci poniżej lat 2 w bronchockopji górnej. Nie można uważać tracheotomji u małych dzieci za tak niewinny zabieg, by nie warto było w każdym odpowiednim przypadku próbować usunąć obce ciało z dróg oddechowych tą samą drogą, którą się ono tam dostało.

Karbowski: Tracheotomja w pierwszych latach życia dziecka nie jest drobnym zabiegiem. Należy zawsze starać się uniknąć jej, o ile to jest możliwe. Poglądy się zmieniają. Przed laty nie było do pomyślenia, by można było dokonać operacji doszczętnej ucha przez zewn., przewód słuchowy lub otworzyć zatokę czołową drogą wewnątrznosową. Tak samo dawny pogląd, że w każdym przypadku, gdzie jest wskazana u małego dziecka bronchoskopja, należy uprzednio dokonać tracheotomji, musi ulec zmianie.

Karbowski: Guz nosogardła w leczeniu elektrokoagulacją.

Przypadek dotyczy 24 l. chor., który od kilku lat cierpi na niedrożność prawych przewodów nosowych. Cierpienie rozwinęło się stopniowo. Przed dwoma laty stwierdzono guz jamy nosowogardłowej, który na jednym z oddziałów chir. usunięty został po uprzedniem podwiązaniu carotis externae. Na oddział laryng. chory przybył z powodu nawrotu. Badanie dnia 20.I 1934 r. ustaliło: chory blady wątłej budowy. Zwraca uwagę wytrzeszcz. prawej gałki ocznej i rozdęcie górnej

szczęki. Badanie wziernikiem wykazuje guz o gładkiej powierzchni, wypełniający większą część górną gardła po stronie prawej. Badanie gardła wykryło uwypuklenie miękkiego podniebienia, wywołane przez rozrastanie się guza w kierunku gardła środkowego. Wobec nawrotu po zabiegu operacyjnym zastosowano w tym przypadku leczenie elektrokoagulacją. Chory jest jeszcze w toku leczenia

Tencer: 2 przypadki zwężenia przewodu nosowo-łzowego, operowane metodą wewnątrznosową.

Jedna z tych chorych była operowana przed 3 miesiącami, druga zaś przed miesiącem. W obydwu przypadkach wskazanie do operacji postawili okuliści. W pierwszym przypadku stwierdzało się rynoskopowo skrzywienie przegrody nosowej, w drugim zaś prócz tego ropienie w komórkach sitowych. W obydwu przypadkach dokonano operacji w znieczuleniu miejscowem. Na jednem posiedzeniu dokonano podśluzowej rezekcji przygrody nosowej, usunięcia komórek sitowych i dacryocystorhinostomji. Technika operacji na woreczku łzowym została przeprowadzona wg. Hallego z uprzedniem wytworzeniem płata. W drugim przypadku technika zabiegu została zmodyfikowana w tej części, w której chodzi o odcięcie worka. Mianowicie uprzednio wydzielono z łożyska przewód i woreczek łzowy i następnie odcięto go. Ten szczegół operacyjny b. ułatwia przeprowadzenie operacji. W obydwu przypadkach przebieg pooperacyjny był gładki. Pierwszy przypadek jest całkowicie zagojony, a drugi, jako stosunkowo świeży, wymaga jeszcze obserwacji.

D y s k u s j a : *Chorążycki* przypomina, że operacje woreczka łzowego przez nos robił już przed 20 laty. Zwraca uwagę że nie należy usuwać komórek sitowych praeinfundibularnych, gdyż w ten sposób powstaje głęboki kanał, który później granuluje i pogarsza efekt operacji.

Karbowski: operował 2 przypadki metodą opisaną przez Tencera. Nie zgadza się z Chorążyckim co do usuwania komórek sitowych.

Srebrny operował przed laty, tak jak się wówczas operowało, nie robiąc płata śluzówki i otrzymywał wyniki niedostateczne.

Meyerson stwierdza, że przed laty prócz Chorążyckiego operował wewnątrznosowo woreczki łzowe Szmurło. Chorążycki wyrażał się o efekcie swych operacyj sceptycznie.

Kmita operował 3 przypadki woreczka łzowego (2 u chorych z wilkiem) metodą Tottiego i miał dobre wyniki, nie prowadząc długiego pooperacyjnego leczenia. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy ropnych zapaleniach woreczka.

Karbowski. Błędem dawnych operacyj były zbyt małe otwory komunikacyjne do nosa; im większy otwór, tem lepszy jest wynik operacyjny.

Tencer. Uwagi w sprawie usuwania komórek sitowych są słuszne, jeśli chodzi o operację na woreczku łzowym bez uprzedniego utworzenia płata. O ile zaś wykonywa się dacryocystorhinostomję wewnętrzną z wytworzeniem płata śluzówki, to warunki gojenia są zupełnie inne. Tem się też tłumaczy, że wyniki operacji wykonywanej wg. tej metody są zupełnie dobre, czego nie można powiedzieć o dawniejszych metodach.

Tencer: *Rzadki przypadek ropnia pozagardłowego.* Chory w chwili przybycia na oddział podawał, że przed 3 tygodniami zapadł na anginę. Po kilku dniach choroby dolegliwości ze strony gardła znacznie się zwiększyły. Chory nie mógł łykać, mówił z trudem. Gorączka była duża. Przyłączyły się bóle karku. Chory nie mógł prawie zupełnie ruszać głową. Po 2 tygodniach ukazała się ropa

z gardła i przewodu usznego. Badanie chorego wykazało szczękościsk. W gardle zaczerwienienie tylnej ściany gardła, migdałka lewego i łuków podniebiennych. Po lewej stronie tylna ściana gardła wypięta i na poziomie nasady języka za tylnym łukiem stwierdzało się przetokę, skąd wydzielała się ropna treść. W przewodzie usznym lewym przetoka na jej ścianie dolnej, skąd obficie wydostawała się ropa. Słuch normalny. Przy fonacji podniebienie po str. lewej nie rusza się, podczas picia płyny przechodzą przez nos. Lewa 1/2 krtani słabo ruchoma. Obecnie przetoki się zagoiły. Pozostało jeszcze porażenie podniebienia miękkiego.

W przypadku tym po anginie wystąpił ropień pozagardłowy, który samoistnie się otworzył do gardła i do zewnętrznego przewodu słuchowego i jednocześnie z tem wystąpiło porażenie podniebienia miękkiego i lewej 1/2 krtani. Należy przypuścić, że po anginie doszło do zropienia gruczołów chłonnych w przestrzeni pozagardłowo - przedkręgowej; stąd ropa przeszła do przestrzeni przygardłowej, tutaj doszło do zajęcia n. IX, a może częściowo i X, a następnie ropa, idąc wzdłuż zewnętrznej powierzchni kości skalistej, przebiła się częściowo do zewnętrznego przewodu słuchowego i jednocześnie z tem wystąpiło porażenie l. 1/2 podniebienia i l. 1/2 krtani.

D y s k u s j a : *Karbowski* uważa, że objawy ze strony n. X nie są wyraźne. W przypadku tym ropa szerzyła się wzdłuż trąbki słuchowej.

Chorążycki: ropna sprawa szła w tym przypadku ze spatium parapharyngeum do spatium parotideum i tu ropa przebiła się do przewodu słuchowego — analogicznie do ropni przyusznicy.

Koenigstein omawia stosunki anatomiczne głębokich powięzi szyi i zaznacza, że ropnie przyusznicy rzadko otwierają się do przewodu słuchowego.

Srebrny obserwował przebicie się ropnia pozagardłowego do przewodu, przyczem nie stwierdził objawów zapalenia przyusznicy.

Czarnecki uważa zejście w tym przypadku za bardzo pomyślne. Ropnie tego rodzaju należy otwierać odzewnątrz.

Tencer przedstawił chorą lat 42, u której przed 4 dniami wystąpiły bóle nosa, które się stopniowo nasilały. Gorączki nie miała. Katsr nosa choroby nie poprzedzał. Chora ma objawy artretyzmu. Bólów samoistnych niema. Przy dotknięciu nosa żywo reaguje.

Badanie chorej wykazuje obrzmienie w okoliky kości nosowych i wyrostków czołowych szczęki górnej. Skóra tych okolic jest niezmieniona. Rynoskopja wykazuje jedynie przekrwienie śluzówek. Mamy tu do czynienia z przypadkiem analogicznym do tych, które swego czasu demonstrował i opisał Srebrny. Istota sprawy nie jest wyjaśniona. Nie zostało ustalone, czy chodzi tu o zajęcie tkanki podskórnej czy też okostnej; patogeneza cierpienia również nie jest znana.

Srebrny sądzi, że chodzi tu o zajęcie tkanki podskórnej. Za tem przemawia rentgenografja w przypadkach, które obserwował.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 22.II 1934 r.

Przewodniczący *J. Czarnecki*. Sekretarz *J. Tencer*.

Prezes Czarnecki wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci Dra Leona Zamenhofa.

---

1) *Karbowski i Merentender: Rodzinnie występująca pęcherzyca pospolita przebiegająca przez dłuższy czas jako pęcherzyca odosobniona jamy ustnej.*

27-letni urzędnik prywatny, którego matka zmarła przed 2 laty na pęcherzycę pospolitą. Obecne schorzenie rozpoczęło się u niego 10 tygodni temu od dolegliwości w jamie ustnej. Chory, którego ogólne poczucie jest dobre (nie gorączkuje), spostrzegany jest od 2-ch tygodni. Na śluzówce jamy ustnej stwierdza się bardzo liczne nadżerki, odwarstwienia i biało-szarawe strzępy po pękniętych pęcherzach; zmiany te są bolesne i łatwo krwawią. Gdzieniegdzie widoczne są również pojedyncze świeżo powstałe napięte pęcherzyki wielkości łebka szpilki i większe. Zmiany powyższe są umiejscowione przeważnie na łukach, języczku, na wewnętrznej powierzchni policzków oraz na bocznych powierzchniach języka. Wargi, spojówki oczne oraz otwory nosowe wolne są od zmian. Na skórze dotychczas zmian patologicznych nie stwierdzono. Dopiero w dniu pokazu wystąpił w okolicy lewego sutka typowy pęcherz na tle skóry niezmienionej, a więc znamienny dla pęcherzycy.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z pęcherzycą, pomimo że badania pracowniane (prawidłowe wydzielania chlorków, prawidłowy wzór krwi, brak eozynofilji, posiew krwi (paciorkowce), próba bąblowa Leszczyńskiego (wchłaniania 4% rozczynu soli kuchennej) wypadły ujemnie. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wystąpienie pęcherzycy w rodzinie chorego. Spostrzeżenie to mogłoby posłużyć za argument dla zwolenników zakaźnej teorji powstawania pęcherzycy.

2) *Karbowski: Przypadek ropnia płuc na tle obcego ciała w oskrzelach.*

Przypadek dotyczy pacjenta, któremu przed 6-ma miesiącami podczas snu wpadła proteza (dwie złote korony i mostek) do oskrzeli prawostronnych. Kaszel męczący i objawy fizykalne ze strony płuc były traktowane jako jednostronne cierpienie płuc nieustalonego pochodzenia. Kiedy wystąpiły ciężkie objawy ogólne wysoka ciepłota i upadek sił, chory przywieziony został na oddział D-ra A. Landau'a, gdzie rentgenologiczne badanie ustaliło obecność obcego ciała w prawem oskrzelu głównem i zaciemnienie w obrębie dolnego i środkowego płata. Celem usunięcia obcego ciała chory skierowany został na mój oddział. Podczas badania zapomocą bronchoskopu opróżnił się ropień cuchnący ogromnych rozmiarów. Stale napływające masy ropne uniemożliwiły odszukanie obcego ciała. Po 5-ciu dniach podczas powtórnej bronchoskopji w ziarninie odnaleziona została proteza, którą usunięto. Po usunięciu obcego ciała chory szybko się poprawił. Pozostała jedynie niedodma dolnego płata i na drodze bronchografji ustalona została obecność rozstrzeni oskrzeli.

3) *Karbowski i Płońskier: Przypadek ciężkiej posocznicy gardłowej urazowego pochodzenia.*

Przypadek dotyczy chorego, który podczas przyjmowania pokarmów skaleczył sobie prawy migdałek obcem ciałem przed trzema tygodniami. Przed tygodniem wystąpił obrzęk i twardy naciek wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostowosutkowoobojczykowego. Do szpitala przybył w stanie bardzo ciężkim, z objawami ciężkiej posocznicy, z tętnem niewyczuwalnem. W krtani obrzęk pr. nalewki i zatoki gruszkowatej. Operacja wykonana została w nocy zaraz po przybyciu na oddział. Stwierdzono podczas operacji nacieczenie szarawobrudne części prawego zraza gruczołu tarczowego, mięśnia tarczykowomostkowego i gnykowomostkowego i płyn posokowy mocno cuchnący. Wzdłuż naczyń proces zlepny, sięgający do rozgałęzień na wysokości kości gnykowej. Cały teren nacieczony został wysączkowany; proces zlepny w granicach możliwych rozluźniony.

Pomimo radykalnego zabiegu i leczenia ogólnego, chory w 18 godzin po zabiegu zmarł. Sekcja wykryła ognisko martwicze wielkości fasoli w prawym migdałku, skąd drogą naczyń chłonnych nastąpiło zakażenie ropowicze prawej połowy szyi.

4) *Karbowski*: *Przypadek przewlekłego cierpienia krtani bez ustalonego rozpoznania.*

Chory lat 42. Cierpienie trwa od 6-ciu miesięcy. Rozpoczęło się od chrypki, która stopniowo się wzmagała i od dwóch miesięcy trwa bezgłos. Chory podobno kiły nie przechodził. Przy badaniu ogólnem nie stwierdzono zmian ani w płucach, ani w składzie krążenia. Przy badaniu nosa i gardła nie stwierdzono odnotowania godnych zmian. Badanie krtani ustaliło nacieczenie rozlane o powierzchni nierównej obu bocznych ścian krtani i spoidła przedniego. Nacieczenie obejmuje zarówno prawdziwe jak i wrzekome struny głosowe, tworząc dwa grube wały, powodujące zahamowanie w ruchach strun i nalewek. Ciepienie to przypomina obrazy znane nam jako laryngitis ventricularis hyperplastica.

Dyskusja: Ad 1) *Oppenheim* zna demonstrowany przypadek. Rozpoznanie pęcherzycy nie jest tu bezwzględnie pewne. Potwierdzi rozpoznanie pojawienie się pęcherzy na skórze.

Srebrny przeczy poglądowi, jakoby każda pęcherzyca jamy ustnej musiała w dalszym przebiegu okazać się i na skórze. Istnieją przypadki pęcherzycy, które kończą się pomyślnie.

Chorążycki nie wątpi, że chodzi tu o pęcherzycę. Umiejscowienie w spatium retrodentale jest charakterystyczne dla tej sprawy chorobowej.

Koenigstein: Przypadek kol. Karbowskiego jest djagnostycznie jasny i nie nastręcza wątpliwości. Szare place na śluzówce policzków, czerwone obnażone miejsca na łukach, bóle — są to cechy charakterystyczne dla „pemphigus cavi oris". Brak tylko w tym przypadku b. charakterystycznego, prawie stałego objawu, a mianowicie — krwawiących pęcherzyków wnijścia nosowego. Pęcherzyki na skórze, jako „conditio sine qua non" dla ustalenia rozpoznania pęcherzycy, laryngologicznie są potrzebne. My, laryngolodzy, rozpoznajemy to cierpienie na zasadzie charakterystycznych szarych pęcherzy, przypłaszczonych, zjawiających się w coraz innem miejscu, umiejscowionych przeważnie na policzkach, łukach, podniebieniu, na wolnym brzegu *nagłośni*, rzadziej w krtani oraz na zasadzie silnych bólów przy połykaniu. Jednocześnie stwierdzamy krwawiące pęeherzyki „ad introitum nasi". Przeważnie ku końcowi zjawiają się pęcherzyki na skórze. Rokowanie bywa zazwyczaj niepomyślne.

Zdarzają się przypadki wyjątkowo trudne do rozpoznania. 60-kilkoletnia kobieta zgłosiła się ze skargami na ból w gardle i chrypkę. Przy badaniu stwierdziłem szare ograniczone miejsca na strunach głosowych. Odczyn Wassermanna ujemny. Leczenie przeciwprzymiotowe nie dało wyniku. Chora po 6-ciu miesiącach zginęła z wycieńczenia. Rozpoznanie zostało ustalone dopiero na miesiąc przed śmiercią, gdy zjawiły się pęcherzyki na wargach sromu. Nigdzie na skórze pęcherzyków nie stwierdzono. Obserwowałem kilkanaście przypadków. We wszystkich, z wyjątkiem dwu, wystąpiły w późniejszym okresie pęcherzyki na skórze.

Karbowski. W przypadkach pęcherzycy, kończących się zejściem pomyślnem, może chodzić o erythema infectiosum, które niekiedy sprowadza w jamie ustnej podobne zmiany jak przy pęcherzycy.

Merenlender. W jamie ustnej nie jest niezbędne wytwarzanie się właściwych

pęcherzy, gdyż one b. szybko pękają. W tym przypadku istnieje już jeden pęcherz na skórze. Rozpoznanie zatem nie ulega kwestji.

Ad 4). *Srebrny* prosi o pokazanie chorego na następnem posiedzeniu.

Chorążycki stwierdza, że po jednej stronie guz wykazuje 2 odmienne zabarwienia. To przemawia za złościwością nowotworu.

Dworecki: *Carcinoma planocellulare laryngis*; M. A. rolnik, l. 57, zgłosił się ambulatoryjnie przed tygodniem ze skargami na chrypkę i nieznaczne zachłystywanie się przy piciu; spożywanie zaś stałych pokarmów nie wywołuje żadnych dolegliwości. Stan taki trwa od 4--5 mies. Chory uważa „przeziębienie" za przyczynę swego cierpienia. Żadnych chorób przedtem nie przechodził, czuje się i teraz ogólnie dobrze, nie chudnie; nawet uważa, że ostatnio przybrał na wadze. Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Nos i gardło bez szczególnych zmian. Laryngoskopowo stwierdza się nacieczenie podstawy nagłośni i wiązadeł nalewkowo-nagłośniowych, większe po stronie lewej; na powierzchni głośniowej nagłośni, bliżej ku podstawie, nieco nalewo od linji środkowej guz wielkości grochu płaski, o szerokiej podstawie, zlewającej się z otoczeniem o powierzchni chropowatej. Nieznaczne nacieczenie gruczołów szyjnych po obu stronach. Płuca, serce— normalne. Wycinek guza badany histologicznie — rak płaskokomórkowy.

W dyskusji Dr. *Karbowski*. Zabieg operacyjny usunięcia całkowitego nagłośni uważa za niecelowy, gdyż sprawa chorobowa już niewątpliwie sięga głębiej, a na całkowite usunięcie krtani chory, przy tak stosunkowo dobrym stanie ogólnym nie zgodzi się, wobec czego zaleca naświetlania rentgenem.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 29.III 1934 r.

Przewodniczący: — *J. Czarnecki*; Sekretarz — *J. Tencer*.

Hellin: pokazał przypadek języka Moellera, demonstrowany poprzednio. Po stosowaniu arsenu zmiany na języku ustępują.

Karbowski: *Przypadek ropnicy pochodzenia usznego, powikłany ropniakami płuc z zejściem pomyślnem.*

Chora od lat dziecinnych cierpi na ropotok z pr. ucha. W następstwie grypy nastąpiło obostrzenie sprawy ropnej. Pomimo dokonania doszczętnej operacji i podwiązania ven. jugularis, chora w dalszym ciągu gorączkowała. Badanie okolicy podszczękowej przed operacją wykryło obrzmiałe bolesne gruczoły. Podczas operacji gruczoły zostały oddzielone od ścian żyły jarzmowej i żyły twarzowej, również zlikwidowany został proces zlepny wzdłuż dużych naczyń. Po operacji chora gorączkowała i zaczęła spluwać cuchnącą wydzielinę. Badanie kliniczne i rentgenologiczne wykryło dwa ropnie płuc: jeden wielkości mandarynki, drugi wielkości śliwki. Leczenie polegało na podawaniu Emetyny po 0,04 co drugi dzień i podawaniu camphochiny.

Obecnie chora nie gorączkuje, nie kaszle, nie spluwa. Rentgenologicznie stwierdzono blizny w miejscach, gdzie były jamy. Oprócz ropni w przebiegu tej posocznicy usznego pochodzenia, godne jest uwagi i to, że zakażenie szerzyło się nie tylko na drodze układu żylnego, ale i układu chłonnego, na co wskazuje silny obrzęk gruczołów i istnienie procesu zlepnego wzdłuż naczyń szyjnych.

Dyskusja: *Landau* omawia różne metody leczenia ropni płuc. Niema najlepszego sposobu leczenia, wybór metody zależy od przypadku.

Pieniążek: Ropnie płuc spotyka się i po grypie. W jednym przypadku ropnia płuc została zaproponowana choremu bronchoskopja, jednakże chory się

na to nie zgodził. Ropień ten został wyleczony prawie bez żadnej terapji. Mnogie ropnie płuca powstają na tle zakrzepów naczyń krwionośnych, pojedyńcze duże ropnie występują często na tle grypy.

Karbowski przedstawił chorą po *operacji kosmetycznej nosa*. Chora miała skrzywioną przegrodę nosa oraz grzbiet nosa był w jednem miejscu zapadnięty (nos siodełkowaty). Dokonano rezekcji podśluzowej przegrody nosa; usuniętą chrząstkę wszczepiono pod skórę nosa przez cięcie wewnątrznosowe.

Srebrny stosował w przypadkach nosów siodełkowatych parafinę z dobrym wynikiem.

Hellin uważa, że kształt nosa po wprowadzeniu parafiny po dłuższym czasie ulega zmianie.

Tencer i Płońskier: *Przypadek sekcyjny zgorzeli gardła i jamy ustnej.*

Chora lat 23 od 6 tygodni choruje na nerki; przed 3 tygodniami wystąpiły zmiany w jamie ustnej i gardle, a przed 2 tygodniami wybroczyny krwawe podskórne, rozsiane na całem ciele. Chora od paru dni z trudem połyka pokarmy. Chora w dzieciństwie przechodziła szkarlatynę i odrę. Badanie przedmiotowe stwierdza rozległe zmiany martwicze, obejmujące podniebienie miękkie, łuki i migdałki podniebienne oraz częściowo język. Na szyi po str. lewej duży pakiet gruczołów. T^0 37,5. Narządy klatki piersiowej—b. zm., wątroba wystaje na 1 palec z pod łuku żebrowego. Badanie moczu: białko 0,33‰, czerwone ciałka krwi: 5 — 8 — 10 w p. w., wałeczki szkliste i ziarniste: 1 — 2 w p. w., leukocyty 3 — 5 — 8 w p. w., c. g. 1005, pozatem O. Posiew krwi, Wa. we krwi, nalot z jamy ustnej—nic szczególnego. Krew morfologicznie: ilość c. b. 24000: bazofilów 0 eozyn.—1,5%, obojętnochł. 96%, pałeczkowatych 1%, segment 95%, limfocyt 2%, jednojądr. i przejść. 0,5%. Chora po 5 dniach pobytu w szpitalu zmarła w czasie silnego krwotoku, który wystąpił z jamy ustnej. Należy zaznaczyć, że 2 doby przed śmiercią chora miała zupełny bezmocz. Niestety, w przypadku tym nie była badana krew na mocznik. Sekcja wykazała ciężkie zmiany w nerkach; szpik kostny zmian nie wykazał.

Analizując tło cierpienia i różniczkując pomiędzy wszystkiemi jednostkami chorobowemi, w których występują zmiany martwicze w jamie ustnej i gardle trudno się wypowiedzieć, z czem mieliśmy istotnie do czynienia. Należy wziąć pod uwagę również możliwość powstania zgorzeli gardła na tle cierpienia nerek. Taki przypadek demonstrował Horniček w 1930 r. na posiedzeniu lekarzy w Pradze Czeskiej.

D y s k u s j a : *Płońskier*: Na sekcji stwierdziło się zmiany przemawiające za ciężką posocznicą. Zarówno zmiany w nerkach, jak i w gardle były wyrazem posocznicy. Zmiany martwicze w uremji stwierdza się w przewodzie pokarmowym, ale to można wytłumaczyć tem, że mocznik wydziela się przez przewód pokarmowy.

Srebrny nie wyłącza możliwości powstania martwicy gardła na tle schorzenia nerek. Fakt, że to się rzadko stwierdza, nie zaprzecza tej możliwości.

Landau przypomina, że mocznik wydziela się przez ślinę.

Czarnecki przedstawił chorą, u której stwierdza się, *zespół objawów, podany przez Van der Hoeve'go*: łamliwość kości, niebieskie sklery i głuchotę. Chora J. K., lat 17 od lat 8 cierpi na postępującą głuchotę, pozatem ma sino-niebieskie zabarwienie białków oczu oraz odznacza się łamliwością kości (dotąd 8 razy łamała nogi, ręce i żebra), t. zw. osteopsathyrosis. Zespół tych 3 objawów

opisany był przedewszystkiem przez otjatrów holenderskich Van-der — Hoeve'go i de Kleyn'a oraz okulistę Squrusay'a, pozatem liczni otjatrzy i okuliści w latach ostatnich ogłosili szereg podobnych przypadków. Co się tyczy cierpienia narządu słuchu w tych przypadkach, to spostrzegano zarówno cierpienia narządu przeprowadzającego dźwięki, jak i narządu odbiorczego. W danym przypadku chodzi o cierpienie narządu przeprowadzającego dźwięki, przyczem na prawe ucho mowa nie jest słyszaną, na lewe zaś słyszany szept ad concham. Przyczyną tego cierpienia ma być schorzenie gruczołów przytarczykowych, które uważane są za regulatora przemiany wapniowej. Leczenie chorej pozostało bez wyniku: otrzymywała ona preparaty wapnia oraz „Vigantol".

Cejtlin: Przypadek głębokiego ropnia szyi.

Chora I. Ch. zgłosiła się w dn. 17.III 34 r. na oddział z powodu silnego bólu gardła przy łykaniu i dużego obrzęku w prawej okolicy podszczękowej. Choroba rozpoczęła się przed 5 dniami silną gorączką i bólem gardła. Obrzęk w okolicy podszczękowej zjawił się przed dwoma dniami, powiększając się z dnia na dzień. Przy badaniu stwierdzono: T^0 39,2. Na szyi po stronie prawej wyniosłość wielkości pięści dziecka, twarda, bardzo bolesna na dotyk. Skóra w tem miejscu niezmieniona. Ruchy głowy bierne i czynne znacznie utrudnione z powodu silnego bólu i oporu chorej. Znaczny szczękościsk. W gardle rozlane przekrwienie śluzówek, za tylnym prawym łukiem w dole—obrzęk. Migdałki obrzmiałe. przekrwione szczególnie po str. prawej. Nalotów i czopów na migdałkach brak. W krtani silne obrzmienie okolicy prawej nalewki oraz więzu bocznego prawego. Dół językowonagłośniowy prawy obrzękły. Struny głosowe bez zmian. Poza przyśpieszoną akcją serca—brak zmian objektywnych. Po kilku dniach, po stwierdzeniu chełbotania w głębi nacieku, dokonano operacji otwarcia ropnia. W znieczuleniu miejscowem $^{1}/_{2}\,^{0}/_{0}$ nowokainą, nacięto skórę wzdłuż przedniego brzegu m. sutkowomostkowoobojczykowego na długość około 10 cm. Po odseparowaniu mięśnia, otwarto otoczkę dużych naczyń i w kierunku na boczną ścianę gardła natrafiono na znacznych rozmiarów ropień—ropę wypuszczono. Założono 2 dreny gumowe, opatrunek z gazy jodoformowej. Po kilku dniach dreny usunięto—rana była czysta. Obrzęk w gardle znikł. Tętno normalne. Zaszyto ranę, pozostawiając niewielki otwór dla pojedyńczego sączka.

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z typową ropowicą bocznej ściany gardła, która wystąpiła jako powikłanie anginy. Droga postępowania operacyjnego była właściwa, co potwierdza wynik zabiegu. Jednakże ostatnie badania autorów francuskich wykazały, że powyższy sposób operacyjny (od strony powłok skórnych) niezawsze prowadzi do celu. W szeregu przypadków, pomimo szerokiego otwarcia rany, nie można było natrafić na ropień, a dopiero cięcie od strony gardła pozwoliło na opróżnienie ropnia. Wypadki te miały miejsce u dzieci i niemowląt. Aby wyjaśnić te sprawy, przeprowadzono badania anatomiczne u dzieci i dorosłych i stwierdzono następujące rzeczy. Ropnie bocznej ściany gardła umiejscawiają się w przestrzeni ograniczonej od góry przez podstawę czaszki, od dołu — przez otoczkę dużych naczyń. Przednią ścianę tej przestrzeni tworzą mięśnie rylcowate, rozcięgno rylcowo-gardłowe i wiązadło rylcowo-szczękowe; ścianę tylną tworzą mięśnie przedkręgowe, rozcięgno przedkręgowe; ścianę zewnętrzną — m. sutkowomostkowoobojczykowy, jego pochewka oraz m. dwubrzuściowy (tylny brzuściec); ściana wewnętrzna odpowiada bocznej ścianie gardła i *przegrodzie strzałkowej gardła.* U dzieci i niemowląt nie stwierdzono przegrody

strzałkowej gardła, która nie dopuszcza do uzewnętrznienia się ropnia w kierunku gardła u dorosłych. Dzięki tej odmiennej nieco budowie ropnie bocznej ściany gardła u dzieci zachodzić mogą na tylną ścianę gardła aż do szwu środkowego, gdzie bez obawy uszkodzenia dużych naczyń można dokonać incyzji.

Dyskusja: *B. Chorążycki* Głęboki ropień szyi. Przypadek jest ciekawy, ale będzie jeszcze ciekawszy, gdy migdałek będzie wyłuszczony i zbadany, celem ustalenia drogi, którą sprawa chorobowa szerzyła się w kierunku nazewnątrz. Dalsze losy sprawy zależą od poziomu, w którym sprawa się rozwija, i od miejsca przedziurawienia górnego zwieracza gardła Możliwości są różne: 1) gdy zakażenie z migdałka przedostaje się do przedniej części spatium parapharyngeum laterale, tworzy się ropień między m. pteryg. int. a zwieraczem gardła. Są to przypadki, w których można operować wzdłuż tylnego brzegu żuchwy. Tą samą drogą, ale w odwrotnym kierunku, szerzy się czasami promienica od zębów do migdałka i daje przewlekłe przetoki w przednim łuku. 2) Gdy zakażenie przedostaje się do tylnej części spatium parapharyngeum, czyli do pochewki dużych naczyń szyjnych, tworzy się ropień w bocznej ścianie szyi z zajęciem gruczołów chłonnych albo zaczopowaniem żył (migd., wspólnej twarzowej i jarzmowej), albo bez jednego i drugiego, jak to było w przypadku kol. Cejtlina. Ropnie takie otwieramy zapomocą cięcia wzdłuż przedniego brzegu m. sternocleidom, u dzieci czasami nawet przez jamę ustną. Nie należy jednak mieszać tych ropni ze zwykłemi ropniami pozagardłowemi u dzieci, które się tworzą w ten sposób, że zarażenie z przestrzeni okołomigd. przedostaje się bezpośrednio do przestrzeni pozagardłowej wskutek bardzo luźnego związku łuku tylnego z tylną ścianą gardła (u dzieci). Pozatem udział w dyskusji brali: Karbowski i Weintal.

Posiedzenie Polsk. T-wa Otolaryngol. z dnia 26.IV 1934 r.

Dokonano wyboru delegatów do komisji kwalifikacyjnej przy Izbie Lekarskiej. Wybrani zostali: Dr. Lubliner i Dr. Czarnecki.

Karbowski: Przypadek posocznicy grypowej z powikłaniem ze strony narządu słuchu.

Przypadek dotyczy chorej, która przybyła na oddział w ciężkim stanie. Z wywiadów wynikało, że zachorowała nagle z wysoką ciepłotą. W przebiegu choroby wystąpiły bóle ucha i ropotok. Na oddziale stwierdzono objawy ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego bez klinicznie widocznych zmian ze strony wyrostka sutkowego. Wobec braku zmian w narządach wewnętrznych, któreby tłumaczyły stan ciężki chorej, dokonana została trepanacja wyrostka. W wyrostku zmiany były o charakterze zapalnym nieropnym. Silne przekrwienie kości, co utrudniało wykonanie operacji. Jedynie w zatoce sutkowej była skąpa wydzielina ropna. Po operacji stan chorej nie poprawił się. Chora uskarżała się na bóle głowy, była często zlekka zamroczona, pozatem uskarżała się na bóle w prawem podżebrzu. Wobec podejrzenia na wysiękowe zapalenie opłucny, dokonane zostało nakłucie, które dało wynik ujemny. Wygląd rany pooperacyjnej i zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w postaci obecności 5 leukocytów i Nonne-Appelta dodatniego, wskazywało na powikłanie wewnątrzczaszkowe. Zdecydowana została reoperacja, wykonanie której okazało się niemożliwe z powodu niezwykle obfitego krwawienia z kości, niedającego się opanować. Następnego dnia po zabiegu chora nagle zmarła. Na sekcji wykryto zakrzepową sprawę ropną w zatoce poprzecznej i esowatej. Na jakiej drodze zakrzep powstał, wyświetli nam badanie drobno-

widowe kości skroniowej. Wielokrotne badanie krwi nie wykazało zmian typowych dla sprawy zakrzepowej. Temperatura również nie była charakterystyczna dla, sprawy zakrzepowej.

Zmiany w wyrostku podczas wydłótowywania nie nasuwały podejrzenia w kierunku sprawy zakrzepowej. Jedynie płyn mózgowordzeniowy wskazywał na powikłanie wewnątrzczaszkowe.

Karbowski i Floksztrumpf: Przypadek brodawczaków krtani u dziecka, leczonych radem.

Dziecko 5-cioletnie od roku uskarża się na chrypkę i lekką duszność. Ostatnio duszność wzmogła się. Do szpitala przybyło w stanie ciężkim, który wymagał natychmiastowej interwencji chirurgicznej — przecięcia tchawicy. Po ustąpieniu temperatury z powodu rozlanego zapalenia oskrzeli, na nitce jedwabnej wprowadzony został rad -- 6 mgr. na 6 godzin. Po dwóch tygodniach nastąpiła taka poprawa, że można było rurkę usunąć.

Tencer: Przypadek napadowych skurczów krtani nieustalonego pochodzenia.

Chory lat 45 przybył do szpitala z powodu duszności, która występuje napadowo od 10 dni. W chwili przybycia duszność była b. silna. Laryngoskopowo stwierdzono przyśrodkowe położenie strun głosowych. Ponieważ duszność wzmagała się, dokonano niezwłocznie tracheotomji. Z anamnezy wynikało pozatem, że od $1^1/_2$ roku chory cierpi na napady astmy, które występują jednakże po wysiłkach. W dzieciństwie krup, w związku z którym chory miał robioną tracheotomję Badanie narządów wewnętrznych poza zaakcentowaniem 2 tonu nad aortą zmian nie wykazało. Rentgen wykazał zwapnienie łuku tętnicy głównej. Badanie neurologiczne, badanie pomocnicze: mocz, krew (W-a. i morfologja), kał na pasorzyty, plwocina (w kierunku astmy), dno oka, broncho — i esofagoskopja — zmian nie wykazały.

Po 4 dniach od operacji stwierdzono w laryngoskopji, że szpara głosowa jest większa, niż poprzednio, że addukcja strun głosowych jest prawidłowa natomiast struny odwodzą się tylko do położenia t. zw. trupiego. Po upływie następnych 2 dni szpara głosowa była tak duża, że otwór zewnętrzny w rurce zatkano. Chory narazie oddychał dobrze, lecz nazajutrz dusił się, wobec czego rurkę udrożniono.

Po 2 tygodniach badanie wykazało dużą głośnię i rurkę całkowicie usunięto. 3 dni chory był bez rurki, a następnie rurkę założono z powrotem. Struny głosowe znajdowały się w położeniu prawie że przyśrodkowem.

Wobec tego, że chory miał dość dużą tarczycę, został on naświetlany 2-krotnie rentgenem.

Nie mając wytłumaczenia dla patogenezy przejściowych skurczów krtani w danym przypadku, należy się zastanowić, czy chodzi tu o odruchowy skurcz głośni, czy też o przejściowe porażenie m. pierścienno-nalewkowego tylnego kt. wg. niektórych badaczy, jest unerwiony przez włókna współczulne.

D y s k u s j a: Lubliner, Karbowski, Weintal.

Posiedzenie naukowe P. T. O. z dnia 24.IV 1934 r.

Tencer pokazał preparat krtani, pochodzący od chorego, demonstrowanego na poprzedniem posiedzeniu, który cierpiał z powodu napadowych skurczów krtani. Chory ten w miesiąc po przebytej tracheotomji nagle zmarł. Na prepa-

racie krtani widać dużą tarczycę, która uciskała tchawicę i zwężała jej światło. Skurcze napadowe należy tłumaczyć uciskiem tarczycy na nn. zwrotne.

Karbowski zastanawia się nad tem, czy dokonana w porę strumectomia mogłoby uratować życie chorego. Chory zmarł wskutek osłabienia serca.

Srebrny twierdzi, że w przypadku powyższym chodziło o przejściowe porażenie rozwieraczy krtani, a nie o skurcz głośni.

Tencer pokazał chorą demonstrowaną w lutym r. ub. z powodu *raka tchawicy*. Chora czuje się ogólnie dobrze. Leczona była naświetlaniami rentgena. Miejscowo stwierdza w laryngoskopji w górnej części tchawicy płaskie masy nowotworowe.

Alter przedstawił przypadek perichondritis laryngis ulcerosa.

Chory W. B., lat 43 zgłosił się na oddział z powodu silnych bólów gardła, które lokalizuje po stronie lewej szyi oraz z powodu wysokiej gorączki. Przed tygodniem miał przejść anginę, która ustąpiła, a od trzech dni zjawiły się bóle połykowe. Dawniej na gardło nie chorował. Anamneza osobista i rodzinna bez szczególnego znaczenia. Venus negatur. Pali, pije umiarkowanie.

Budowa prawidłowa, odżywianie średnie. Skóra i śluzówki bladawe. Narządy wewnętrzne i mocz bez zmian. T^0 $38{,}7^0$. Tętno: 96 na 1'.

Gardło: rozlane zaczerwienienie śluzówki.

Krtań: silne przekrwienie. Na lewym brzegu nagłośni, tuż przy nasadzie języka widoczne owrzodzenie wielkości ziarna grochu, pokryte szarawo-białym, grubym nalotem. Lewa połowa krtani nie porusza się przy fonacji i śluzówka lewego fałdu nagłośniowo-nalewkowego bardzo obrzękła, pokryta na dużej przestrzeni szarawo-białym grubym nalotem, przechodzącym ze śluzówki nalewki na lewą strunę fałszywą. Gruczoły chłonne szyjne nieco powiększone i tkliwe po stronie lewej. Nos bez zmian.

Badanie na laseczki Loefflera, jak również na krętki i wrzecionkowce dało wynik ujemny. Odczyn Bordet-Wasserm. we krwi — ujemny.

Chory bez żadnego leczenia podczas pobytu w szpitalu odczuwa poprawę. Naloty w krtani zmniejszają się, ukazując głębokie owrzodzenia śluzówki o ostro zarysowanych brzegach. Po 10 dniach pobytu w szpitalu chory wypisuje się z wybitną poprawą subjektywną oraz niewielkiem czystem owrzodzeniem śluzówki lewej nalewki.

Dwa tygodnie po wypisaniu owrzodzenie znikło, obrzęk fałdu nalewkowo-nagłośniowego uległ wybitnemu zmniejszeniu, jednak lewa połowa krtani przy fonacji jest zupełnie nieruchoma.

Przypadek powyższy demonstrowany ze względu na nieprzeciętny obraz kliniczny i trudności rozpoznawcze. Rozpoznanie oparte tylko na obrazie morfologicznym brzmi: Perichondritis laryngis ulcerosa.

Zabierali głos *Koenigstein* i *Srebrny*.

Posiedzenie Sekcji Wileńskiej Polskiego T-wa Otolaryngol.

Posiedzenie z dnia 10 lutego 1935 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *J. Szmurło*. Sekretarz Doc. *Dylewski*,

Doc. *Dylewski* omawia dwa operowane przypadki *ropnego zapalenia wyrostka sutkowego z przebiciem ropy z wyrostka pod okostną daleko poza gra-*

nicami wyrostka. W I-szym przypadku ropa przebiła się w okolicy kości skroniowej, a w drugim — w kości potylicznej. Pierwszy przypadek prócz tego był powikłany ropniem móżdżku, który za życia nie dawał objawów klinicznych.

Prof. *Szmurło* przedstawia: 1) chorą w *5-tym miesiącu ciąży z gruźlicą krtani*, która rozwinęła się po zajściu w ciążę. Analizując przypadek, prof. Sz. dochodzi do wniosku o konieczności w danym przypadku przerwania ciąży. 2) 2-ga chora 42 lat *z nowotworem oczodołu pozagałkowym i zatokowym* przybyła do Kliniki ze skargami na wytrzeszcz lewego oka, na które nie widzi od dwuch miesięcy. W nosie — przerost muszel środkowych. Rentgen wykazał zaciemnienie w okolicy zatoki klinowej i komórek sitowych, gdzie według zdania prelegenta prawdopodobnie wyrasta nowotwór złośliwy i drąży do oczodołu.

Dr. *Lewande* omawia przypadek powtarzających się napadów duszności u 3-letniego dziecka. Podczas jednego z takich napadów dokonano tracheotomji. Dziecko zmarło następnie wskutek zapalenia płuc. Kilkakrotne badania wydzieliny z gardła laseczek błoniczych nie wykryły. Sekcja wykazała *powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych oraz dużą grasicę z płatem dodatkowym.*

Dr. *Libo* omawia przypadek *przewlekłego ropienia ucha środkowego z objawami błędnikowemi, spowodowanemi przez ciało obce.* Ropotok trwa 22 lata. Podczas badania stwierdzono w przewodzie zewnętrznym ciało obce (pestkę), po usunięciu którego objawy błędnikowe natychmiast ustąpiły, ropienie z ucha również ustało. Pozostała sucha perforacja błony bębenkowej po stronie chorej.

Dr. *Wołkowyski* omawia przypadek *ciała obcego (nerwociąg zębowy) aspirowanego do lewego oskrzela* i stwierdzonego na zdjęciu rentgenowskiem. Podczas bronchoskopji ciała obcego nie znaleziono. W dwa dni potem w nocy podczas kaszlu chory wykrztusił ciało obce i połknął. Rentgen stwierdził nerwociąg, tkwiący w ścianie żołądka.

Posiedzenie z dnia 24 marca 1935 r.

Przewodniczący Prof. *J. Szmurło.* Sekretarz Doc. *B. Dylewski.*

Prof. *Szmurło* demonstruje dwuch chorych:

Pierwszy przypadek: chory *z ogromnym nowotworem (fibrochondro sarcoma) nosa i policzka prawego.* Przed dwoma laty choremu usunięto w Klinice podobny nowotwór szczęki górnej. W miejscu dawnej operacji na szczęce nawrotów niema.

Przypadek drugi: chora z *ogromną ropowicą szyi,* powstałą po przecięciu ropnia okołomigdałkowego. W Klinice zrobiono przecięcia w kilku miejscach. Rana na szyi komunikuje się z gardłem. *W trakcie choroby rozwinął się ropień prawego płuca.* Wyzdrowienie.

Doc. *B. Dylewski* omawia obserwowane w Klinice *przypadki powikłań po amputacji nagłośni.* W 2-ch przypadkach był silny krwotok z rany operacyjnej, a w 3-im przypadku zaraz po operacji nastąpiła silna duszność, wymagająca intubacji.

Posiedzenie z dnia 5 czerwca 1935 r.

Przewodniczący Prof. *J. Szmurło.* Sekretarz Doc. *B. Dylewski.*

Prof. *Szmurło demonstruje chorą 52 lat z owrzodzeniami na wardze dolnej, policzku, podniebieniu miękkiem i na nagłośni.* Liczba czerwonych ciałek

w ciągu kilku dni zmniejszyła się z 4.000.000 do 1.500.000. Białych ciałek 5600, w tem neutrofilów 20%, a reszta limfocyty. T° ciała 39°. W nalotach z gardła krętki i pałeczki wrzecionowate. Chorej będzie robione przetaczanie krwi. Przypadek należy do grupy agranulocytozy.

Prof. *Szmurło* demonstruje dziecko 7 lat, cierpiące po płonicy *na ropienie z prawego ucha środkowego z przetoką móżdżkową*. Dziecko było dwukrotnie operowane na prowincji z powodu zapalenia lewego wyrostka sutkowego. W Klinice stwierdzono przetokę za lewem uchem i obrzęk w okolicy wyrostka sutkowego. Przez przetokę zgłębnik wchodzi na 6 cm. do jamy czaszkowej. Podczas operacji stwierdzono zatokę przodującą, w jamie sutkowej ziarnina, z tyłu zatoki w oponie móżdżku stwierdzono otwór, do którego zgłębnik wchodzi na głębokość 4—5 cmt. Ropy z otworu nie wydziela się. Chora po operacji czuje się dobrze. Objawów zajęcia móżdżku i ucha wewnętrznego brak. Przypuszcza się w tym przypadku zmiany móżdżku pochodzenia urazowego podczas przebytej poprzednio operacji.

Doc. *Dylewski* omawia przypadek nagłego *zejścia śmiertelnego wskutek krwotoku płucnego* na drugi dzień po usunięciu kawałka nacieku z krtani u chorego na gruźlicę krtani i płuc. Sekcja wykazała w płucach duże jamy wypełnione krwią. Krwawienie nastąpiło z jednego z przerwanych dużych naczyń w kawernie płucnej.

Prof. *Szmurło* demonstruje *chorą z objawami trzeciorzędnej kiły* w nosie i gardle, u której po przebytem leczeniu specyficznem stwierdza się wybitnego stopnia *stomatitis bismuthica*.

Prof. *Szmurło* demonstruje 2 chore ze *zwężeniami przełyku po oparzeniu* (*amonjakiem i kwasem octowym*). Po dokonaniu gastrostomji w celu forsownego odżywiania i zmniejszenia pracy przełyku chorym dokonywano częste rozszerzanie przełyku zapomocą rur ezofagoskopowych. Chore wykazywały parokrotnie po rozszerzeniu przełyku objawy zapalenia tkanki okołoprzełykowej z podniesieniem temperatury które po kilku dniach ustępowały. Obecnie przełyk chorych uległ znacznemu rozszerzeniu.

Następnie odbyły się wybory Zarządu Sekcji. Wybrani zostali: Przewodniczący — Prof. J. Szmurło, Zastępca Przewodniczącego — Dr. F. Świerzyński. Sekretarz — Doc. B. Dylewski, Skarbnik — Dr. A. Libo.

Sekcja Poznańsk.-Pomorsk. Polsk. T-wa Otolaryngolog.

Posiedzenie z dnia 23.X 1934 roku. Odbyte w klinice Oto-Laryng. U. P. ul. Fredry 7.

I. Prof. *Laskiewicz* zagaił zebranie, poświęcając dłuższe przemówienie zmarłemu wiceprezesowi sekcji Pozn. Pom. ś. p. D-rowi Grabowskiemu.

II. Wybór wiceprezesa sekcji. Wiceprezesem sekcji Pozn. Pom. P. T-wa Otolaryngolog. wybrany został jednogłośnie Kol. Glabisz.

III. Demonstracje kliniczne.

1. Kol. Wieleński demonstruje rentgenogramy rzadkiej wielkości kamieni ślinianowych.

2. Prof. *Laskiewicz* przedstawia pacjenta lat 24, u którego z powodu zapalenia opon mózgowordzeniowych i błędnika, powstałego na skutek urazu w oko-

licę operowanego przed 2-ma laty ucha prawego (operacja doszczętna) wykonał szczegółową rewizję operowanego wyrostka oraz operację otwarcia błędnika metodą Bourguet'a.

Podczas operacji znaleziono perlak w kącie zatokowooponowym wielkości ziarna fasoli. Omawiając dalsze szczegóły przeprowadzonej przez siebie operacji prelegent zwraca uwagę na ważność wyboru metody operacyjnej na błędniku w poszczególnych przypadkach powikłań błędnikowych.

W dyskusji zabiera głos Kol. *Glabisz*, przeciwstawiając tej metodzie operację błędnika met. Neumanna, zalecaną zwłaszcza przez klinikę wiedeńską.

3. Kol. *Zakrzewski* przedstawia przypadek nadliczbowego zęba z torbielą szczęki górnej, umiejscowioną na dnie przedsionka nosa.

4. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia pacjenta lat 9 z zapaleniem opon mózgowordzeniowych w następstwie ostrego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, u którego od pierwszego dnia choroby wystąpiła afazja, trwająca przez dwa tygodnie. W przypadku tym po operacji wydłóťowania wyrostka sutkowego sprawa miała przebieg pomyślny.

5. Prof. *Laskiewicz* referuje przypadek raka zatoki szczękowej, operowanego met. Moure'a (operacja transmaxillonasalna) z rozcięciem podniebienia twardego.

6. Prof. *Laskiewicz* przedstawia kontrastowe zdjęcia rentgenowskie obserwowanych i leczonych przez siebie 3-ch dalszych przypadków zapaleń jam bocznych nosa u dzieci.

7. Kol. Kol. *Zakrzewski* i *Lorych* wygłaszają referat „O lipjodografji górnych dróg oddechowych" demonstrując jednocześnie cały szereg lipjodogramów roztrzeni oskrzelowych. (Referat ukaże się w druku).

Dr. I. Dworczykówna.

Posiedzenie z dnia 22.I 1935 r.

Prezes Prof. Dr. *Laskiewicz* zagaił zebranie, odczytując jego program.

1. Kol. *Iwaszkiewicz* demonstruje dwa przypadki ropnicy oczodołu u dziecka lat 3 i 6-ciu. W obu przypadkach przyczyną ropowicy oczodołu było zapalenie ropne komórek sitowych. Jeden z demonstrowanych przypadków był w trakcie leczenia, drugi po skończonem leczeniu. Leczenie w obu przypadkach polegało na wewnątrznosowem otwarciu błędnika sitowego z wytworzeniem komunikacji jamy nosowej z oczodołem poprzez blaszkę papierowatą kości sitowej.

W dyskusji zabiera głos Profesor *Laskiewicz*, który omawia szczegółowo etjologję zapaleń ropnych tkanek miękkich oczodołu i zwraca uwagę na ważność badania bakterjologicznego, które w przypadkach ropowicy oczodołu skierować powinno lekarza do wyboru rodzaju terapji. Zaznacza dalej, że w przypadkach ciężkich nie należy ograniczać się wyłącznie do zabiegu wewnątrznosowego a wybrać raczej należy zabieg zewnątrznosowy, aby ratować oko.

2. Prof. *Laskiewicz* przedstawia chorą lat 75, u której z powodu zwężenia krtani i znacznej duszności na skutek podgłośniowego zapalenia krtani zmuszony był wykonać tracheotomję.

3. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia chorego po tracheotomji ze zwężeniem krtani na tle kilaków umiejscowionych wewnątrz i zewnątrz krtani.

4. Prof. *Laskiewicz* demonstruje przypadek ciała obcego w oskrzelu

u pięcioletniego chłopca (łuska od naboju teszyngowego). W przypadku tym ciało obce usunięte zostało w bronchoskopji, ze względu jednak na dość długi okres czasu (36 godzin) w jakim to ciało tkwiło w oskrzelu, powstały powikłania zapalne śluzówki na skutek utlenienia miedzi. Prelegent omawia szeroko zjawiska chemiczne, jakim ulegają ciała obce miedziane, leżące w górnych drogach oddechowych i pokarmowych i zmiany w związku z tem powstałe na śluzówkach.

5. Na skutek zrzeczenia się funkcji sekretarza przez Dr. *Dworczykównę* prezes zarządza wybór nowego sekretarza. Sekretarzem sekcji zostaje Dr. *J. Iwaszkiewicz.*

6. Kol. *Zakrzewski* wygłasza referat p. t. „Leczenie ozeny bakterjofagiem ukaże się w druku (V).

W dyskusji zabierają głos prof. *Laskiewicz* i Kol. *Małecki.*

Dr. *J. Iwaszkiewicz.*
Sekretarz

Posiedzenie naukowe Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.

z dnia 10.I 1935 r.

Przewodniczący: Dr. *Schwarzbart*, Sekretarz: Dr. *Schneebaum.*

Schwarzbart przedstawia przypadek mięsaka gardła o osobliwym przebiegu. Przed półrokiem pacjent zachorował wśród objawów ostrej gorączkowej paratonsillitis bezropnej z naciekiem, przechodzącym na podniebienie miękkie. Badanie jamy nosowo-gardłowej wykazało stosunki prawidłowe. Ciepłota dochodziła do 40^0 C. Sprawa cofnęła się przy stosowaniu zastrzyków mleka w kilku dniach. W grudniu ub. roku zgłosił się pacjent ponownie z naciekiem w identycznem miejscu. Tym razem naciek przechodził na okolicę jamy noso-gardłowej, a także na stronę drugą, zamykając wejście do trąbki i powodując obraz okkluzji trąbki z następczą otitis media purulenta. Wycinek z twardego nacieku wykazuje utkanie sarcoma microfusocellulare. Naciek ustąpił bez reszty pod wpływem promieni Rentgena, lecz sprawa uszna przeszła w międzyczasie na wyrostek sutkowy.

Następnie przedstawia *Schwarzbart* przypadek zwężenia przełyku u młodego człowieka. Z początkiem choroby cierpiał pacjent na silne wymioty. Ciało obce, środki żrące nie wchodzą w rachubę. Cała sprawa trwa około 3-ch miesięcy i doprowadziła do zupełnej niemożności odżywiania się i straty 16 kg. wagi ciała. Próby dylatacji nie udały się a na gastrostomję pacjent się nie zgodził. Od 4-ch tygodni pacjent jest w obserwacji na oddziale szpitalnym prelegenta. Ezofagoskopja wykazała zwężenie okrężne w odległości 32 cm. od zgryzu. Wycinek próbny z nacieku nie wykazał nic patologicznego (prof. Ciechanowski), a Rentgen wykazał niemal nitkowate zwężenie centralne od miejsca odpowiadającego obrazowi ezofagoskopji aż do żołądka (8 cm.). Próby dylatacji udały się, obecnie przechodzi sonda N. 27 Ch. (9 mm. średnicy), a pacjentowi przybyło 8 kg. na wadze. Etjologja tego zwężenia jest niejasna.

W dyskusji *Pachoński* podejrzewa zatajone samouszkodzenie. *Miodoński* uważa wycięcie próbne w tej okolicy za dość niebezpieczne. *Blühbaum* (gość Towarzystwa) odnośnie do pierwszego przypadku demonstruje rentgenogramy kości skalistej, objaśniając je szczegółowo.

Doc. *Miodoński* przedstawia otoskop dwuuszny własnego pomysłu. Chodzi tu o osłuchiwanie wyrostków sutkowych przy równoczesnej aplikacji stroików jak przy próbie Webera lub Schwabacha. Tutaj jednak ważnym jest czas percepcji tonu nie ze strony pacjenta, lecz ze strony osłuchującego przez otoskop lekarza, przez co zwiększa się objektywność metody. Porównywanie poszczególnych wyników tego osłuchiwania, wyrażone w sekundach, pozwala na interesujące wnioski, dotyczące rozwoju zmian zapalnych w wyrostku sutkowym, a w związku z tem i wskazań do antrotomji. Następnie kol. *Miodoński* demonstruje i objaśnia szczegółowo otoaudiometr, tłumaczy teorje tonów i zasadę pola słyszenia.

Schwarzbart pokazuje siedem przekrojów preparatów odwapnionych trąbki Eustachjusza i jamy bębenkowej, pobranych na zwłokach i sporządzonych przez niego w Zakładzie Anat. Patol. U. J.

Posiedzenie z dnia 1.II 1935 r.

Przewodniczący: *Schwarzbart*, Sekretarz: *Schneebaum*.

Doc. *Miodoński* przedstawia cztery przypadki: 1) obustronnego ostrego zapalenia ucha środkowego, przyczem wykazuje praktyczne korzyści osłuchiwania wyrostków sutkowych; 2) chorego z nowotworem zatoki gruszkowatej; 3) chorego z zespołem móżdżkowym lewostronnym przy prawostronnem ropieniu ucha środkowego i 4) przypadek zwężenia przewlekłego krtani, powstałego na tle urazowem i leczonego na Klinice z korzystnym wynikiem.

Po dłuższej dyskusji nad tymi przypadkami przedstawia *Schwarzbart* przypadek kiły mózgu z obustronnem zajęciem nerwu słuchowego. U chorej od szeregu lat zwiększało się przytępienie słuchu, lecz po raz pierwszy wykonano u niej próby Wassermana na oddziale prelegenta. Wypadła ona wybitnie dodatnio Objawy zajęcia jąder nerwu czaszkowego VI-go, VII-go i VIII-go wskazują na umiejscowienie charakterystyczne zmian i pozwalają na rozpoznanie meningitis basilaris luetica. Następnie *Schwarzbart* demonstruje rentgenogramy w przypadku ciała obcego (guzika), usuniętego z przełyku 9-miesięcznego dziecka.

Posiedzenie z dnia 14.III 1935 r.

Przewodniczący: *Schwarzbart*, Sekretarz: *Sohneebaum*.

Klassa - Brunicki omawia dwa przypadki nowotworów nasady języka *Schwarzbart* i *Miodoński* opisują podobne przypadki ze swej praktyki. *Spira* pokazuje dwa przypadki: 1) Zygomatitis w przebiegu otitis media acuta. W dyskusji opisują podobne przypadki *Klassa-Brunicki* i Miodoński, przyczem ostatni demonstruje chorego, znajdującego się właśnie na Klinice, którego prelegent operował przed kilkoma laty. W okolicy wyrostka jarzmowego rozwinęła się ogromna (zropiała) komórka wielkości kurzego jaja. 2) Drugi przypadek *Spiry* dotyczył dziecka z porażeniem nerwu twarzowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. W dyskusji *Spira* i inni koledzy nie wykluczają, że porażenie to ma podłoże reumatyczne i wystąpiło przypadkowo, równocześnie z zapaleniem ucha. Zatem przemawia lekki przebieg zapalenia i ciężkość porażenia z zupełnym odczynem zwyrodnienia.

Doc. *Miodoński* przedstawia cztery przypadki: 1) niezupełny zespół Gradeniego z wyłączeniem błędnika; 2) ropień mózgowy pochodzenia usznego — wyleczony. W wypadku tym zaznaczyła się czasowa afazja dla języka niepotocznego,

którym pacjent władał. 3 i 4) Przypadki guzów nosowogardłowych. Odnośnie do tych przypadków autor opisuje terapję stosowaną i jej korzystne wyniki. W leczeniu też odgrywa dużą rolę elektrokoagulacja.

Schwarzbart przedstawia cztery przypadki: 1) guz przegrody nosa, który czynił wrażenie chrzęstniaka, a po usunięciu okazał się bardzo twardym włókniakiem. Prelegent demonstruje pod mikroskopem preparat z guza i z innych podobnych guzów, które przed zbadaniem drobnowidowem imitowały chrzęstniaki. 2) Przypadek perlaka z przetoką błędnika i zupełną głuchotą ucha, z częściowo zachowaną pobudliwością nerwu przedsionkowego. W dwa dni po wykonanej przez prelegenta operacji doszczętnej, wystąpił atak objawów błędnikowych, w którym pobudliwość cieplna i obrotowa, jakoteż objaw przetokowy zanikły. Kierując się momentami, które prelegent omawia szczegółowo, *Schwarzbart* nie wykonał w tym przypadku labiryntotomji mimo zasadniczego wskazania. Obecnie w 3-tygodnie od czasu operacji doszczętnej pacjentka ma się zupełnie dobrze, przy przebiegu pooperacyjnym od pierwszej chwili bezgorączkowym. W dyskusji *Spira* kwestjonuje słuszność argumentacji prelegenta. *Miodoński* wskazuje na to, że żadnej zasady nie można traktować sztywnie i że *Neumann* czyni również wyjątki od zasad, które sam głosi. 3) i 4) *Schwarzbart* pokazuje jeszcze dwa przypadki naczyniaków jamistych. *Jeden* dotyczy wargi górnej. Po trzeciem zastosowaniu radu zmniejszył się do połowy. *Drugi* umiejscowiony jest na końcu języka. Trwa już od szeregu lat. Od czasu do czasu nagle się powiększa, zdaje się na skutek krwawień do wnętrza guza. Prelegent wykonał punkcję guza, aspirując krew, poczem guz zmniejszył się wybitnie. Na dalsze zabiegi lecznicze pacjent nie reflektuje.

Posiedzenie z dnia 11.IV 1935 r.

Przewodniczący: *Schwarzbart*, Sekretarz: *Schneebaum*.

Klassa - Brunicki przedstawia przypadek nagłego i niewytłumaczonego ogłuchnięcia obustronnego u dziecka. Dziecko to przechodziło w ostatnim czasie lekkie zapalenie ucha środkowego. W celu ustalenia rozpoznania zamierzone jest przekazanie przypadku do zbadania neurologicznego.

Następnie *Spira* omawia przypadek tonsillektomji, wykonanej u 2-letniego dziecka, oraz pokazuje chorą z przebytą i operowaną na swoim oddziale perichondritis cricoidea. Obecnie pacjentka ma przetokę krtaniową, lecz po stosowanem leczeniu rozszerzającem może oddychać już dobrze przy zatkanej przetoce. Prelegent przedstawia w dłuższym wywodzie historję choroby; w przedstawieniu przypadku bierze udział *Rubin* (z Tarnowa), który obserwował chorą przez dłuższy czas. W dalszej dyskusji bierze udział *Miodoński* i *Schwarzbart*.

Doc. *Miodoński* demonstruje dwa przypadki plastyki krtani po zranieniu w zamachu samobójczym względnie zabójczym. Dotychczasowe wyniki plastyki, którą prelegent szczegółowo opisuje, są korzystne. Następnie *Miodoński* pokazuje chorego z wykonaną operacją jamy czołowej według Hallego. Wreszcie pokazuje gilzę flobertową, wyjętą z drugorzędnego lewego oskrzela u dziecka, demonstując równocześnie rentgenogramy.

Schwarzbart demonstruje pecjenta, u którego usunął przed tygodniem wśródkrtaniowo nowotwór dobrotliwy, umiejscowiony na więzadle lewem, blisko spoidła przedniego. Półtoraletnia chrypka ustąpiła zupełnie, a nieznaczne przekrwienie struny jest jednym śladem przebytego zabiegu. Następnie przedstawia

prelegent serję rentgenogramów, dotyczących ciała obcego (kości), która utkwiła w tkance przedkręgowej 15 cm. od zgryzu, tj. w okolicy gardła dolnego. Pacjent przeszedł w obserwację prelegenta po próbach usunięcia, wykonanych gdzieindziej i został dostawiony w stanie bardzo ciężkim, przedstawiając obraz laceracji śluzówki gardła dolnego. Udało się w ezofagoskopje uwięzłe ciało obce zmobilizować, poczem pacjent sam je wykrztusił i wrócił do miasta rodzinnego. Na rentgenogramach widać zasadnicze znaczenie masy kontrastowej i zdjęć wykonanych z różnych stron dla trafnej oceny umiejscowienia ciała obcego.

Reforma studjów lekarskich a Otorynolaryngologja.

Podał Prof. J. SZMURŁO.

W obecnej chwili wydziały lekarskie zajęte są opracowywaniem projektów reformy studjów lekarskich. Wyłaniane przez Rady Wydziałowe komisje opracowują projekty, które potem szczegółowo są rozpatrywane na posiedzeniach Rad Wydziałowych, a następnie na zebraniach delegatów wszystkich uniwersytetów, gdzie się ustala ostateczna postać projektu. Jest to u nas już trzecia reforma: pierwsza została wprowadzona w roku 1920, druga zaś w roku 1928.

Nie chcę na tem miejscu zastanawiać się nad całością zagadnienia, które bez wątpienia jest bardzo ważne i posiada u nas już bardzo bogatą literaturę. Chcę tylko zwrócić uwagę na to, jak jest traktowana w programach nowej reformy nasza specjalność.

Otorynolaryngologja, tak jak obecnie jest wykładana na naszych uniwersytetach, obejmuje naukę o chorobach nosa i jamy nosowo-gardłowej, chorobach gardła i krtani i chorobach ucha. Pozatem zajmuje się bezpośredniem badaniem i leczeniem chorób tchawicy, oskrzeli i przełyku, wreszcie musi poświęcać wiele uwagi zboczeniom i wadom mowy i głosu oraz studjom nad głuchoniemotą i jej leczeniem. Widzimy więc, że tworzy wielką całość, w której mieści się co najmniej pięć specjalności, o czem powinien wiedzieć każdy dobrze poinformowany lekarz. Choroby nosa gardła i uszu towarzyszą wszystkim prawie chorobom zakaźnym wieku dziecinnego i dla tego powinien z niemi dobrze być znajomy każdy lekarz chorób dziecinnych i każdy lekarz szkolny. Choroby słuchu są następstwem pracy zawodowej, połączonej z ciągłym hukiem i hałasem i dlatego znajomość ich jest niezbędna dla lekarzy fabrycznych, kolejowych i woj-

skowych. Choroby aparatu statycznego towarzyszą wielu cierpieniom nerwowym a choroby gardła są częstym i bardzo ważnym powikłaniem wielu chorób wewnętrznych. Stąd wypływa konieczność ich poznania dla neurologa i internisty. Tych przykładów zdaje się wystarczy, ażeby uzasadnić konieczność dokładnej znajomości otorynolaryngologji dla każdego lekarza ogólnego i społecznego. Metody badania i leczenia w otolaryngologji są trudne i wymagają dłuższej wprawy i ćwiczeń, dlatego należy przeznaczać na nie większą liczbę godzin, co uwzględniła druga reforma studjów lekarskich z roku 1928, wprowadzając po raz pierwszy obowiązkowe ćwiczenia i zajęcia praktyczne z otolaryngologji.

Spośród wszystkich projektów na pierwszy plan obecnie wysuwają się projekty lwowski i warszawski. W obu projektach otorynolaryngologja jest traktowana jako specjalność drugorzędna pod skromnem mianem „laryngologji" znacznie mniej ważna od okulistyki, będącej właściwie odpowiednikiem dla otjatrji, czyli nauki o chorobach uszu, a we lwowskim projekcie zrównana całkowicie z dentystyką, będąca właściwie częścią niewielką rynologji (zatoka szczękowa) i stomatologji (dziąsła i zęby).

W projekcie lwowskim przeznacza się między innemi na wykłady kliniczne:

z pedjatrji	80	godz.	w	8	tyg.	i	3	trymestrach
z neurologji	60	„	„	6	„		3	„
z okulistyki	60	„	„	6	„		3	„
z „laryngologji"	40	„	„	4	„		2	„
z dentystyki	40	„	„	4	„		2	„

Służba zaś kliniczna ma trwać według tego projeku:

z pedjatrji	10	tygodni	w	2	trymestrach
z neurologji	10	„	„	2	„
z dermatologji	5	„	„	1	„
z okulistyki	5	„	„	1	„
z „laryngologji"	3	„	„	1	„
z dentystyki	3	„	„	1	„

Projekt warszawski przeznacza dla:

pedjatrji	550	godz.	w	tem Kliniki	100	godz.	i	praktyki	pedjatr.	405
neurologji	210	„	„	„	60	„		„	neurol.	155
dermatologji	550	„	„	„	100	„		„	dermat.	450
okulistyki	455	„	„	„	80	„		„	okulist.	370
„laryngol."	360	„	„	„	60	„		„	laryngol.	300
stomatologji	180	„	„	„	30	„		„	stomatol.	150

Ponieważ urzędowy tytuł kliniki chorób ucha, nosa i gardła jest „klinika oto-rhino-laryngologiczna", a wykładany w tej klinice zakres wiedzy, nosi urzędową nazwę „oto-rhino-laryngologji", ponieważ z drugiej strony nie mogę przypuścić, ażeby twórcy projektów nie byli poinformowani o szerokim zasięgu otorhinolaryngologji i o wielkich trudnościach, towarzyszących zdobyciu sobie przez studentów dostatecznej wprawy w badaniu i leczeniu cierpień ucha, nosa i gardła, dlatego przypuszczam, że chodzi tu o nieporozumienie, że pamiętali oni tylko w istocie o laryngologji, a zapomnieli o otjatrji i o rynologji (inne dodatkowe dziedziny pomijam). Trzeba podkreślić, że pierwsza reforma z roku 1920 ustaliła dwie katedry: rynolaryngologji i otjatrji i tylko względy natury finansowej wpłynęły zdaje się na obsadzenie tylko jednej z nich. W Dzienniku Urzędowym Nr. 2 Ministerstwa W. R. i O. P. z dnia 7 grudnia 1920 r. na stronicy 306 na klinikę otologiczną na 5 roku studjów przeznacza się 30 godz. czyli razem na obie kliniki 70 godz. Reforma z roku 1928 przeznacza na klinikę otorhinolaryngologiczną 70 godz. i na praktykę w klinice otorhinolaryngologicznej 30 godz. czyli razem 100 godz. Należy ubolewać, że profesorowie otolaryngologji odnośnych uniwersytetów nie zwrócili uwagi Rad Wydziałowych na owe przeoczenia z uwagą, że cyfry przeznaczone przez projektodawców dla „laryngologji" wypadnie dla „otorhinolaryngologji" potroić.

Sądzę na podstawie dwunastoletniej praktyki pedagogicznei w Uniwersytecie Wileńskim, że na klinikę oto-rhino-laryngologiczną powinno wystarczyć 120 godzin wykładów, po 40 wykładów w każdym trymestrze piątego roku studjów; przyczem jeden trymestr przeznacza się głównie na choroby nosa, drugi na choroby gardła i krtani, trzeci wreszcie na choroby uszu. Na praktykę otorhinolaryngologiczną powinno się przeznaczyć przynajmniej tyle, co na praktykę pedjatryczną i dermatologiczną, czyli 450 godzin rocznie, a po 150 godzin na trymestr, albo według projektu lwowskiego należałoby przyznać służby klinicznej co najmniej tyle co dla pedjatrji. Wtedy dopiero będziemy mogli mieć nadzieję, że wypuszczony z uniwersytetu polskiego lekarz w charakterze praktyka ogólnego będzie mógł należycie zadowolnić potrzeby ogromnego zastępu chorych z tej dziedziny, stanowiących, według opinii wielu moich uczniów, prowincjonalnych lekarzy ogólnych, prawie trzecią część ogólnej liczby zgłaszających się do nich chorych.

Wiadomości bieżące.

1) Otrzymaliśmy zawiadomienie od Międzynarodowego Komitetu Otolaryngologicznego, że Kongres odbędzie się w Berlinie w roku 1936 pomiędzy 17 a 22 sierpnia. Komitet podaje następujące główne tematy i nazwiska referentów.

a) Temat pierwszy: *Radjoterapja nowotworów złośliwych w dziedzinie otolaryngologji.*

Referenci: Dr. E. Berven, Stockholm, Prof. H. Coutard, Paryż, Prof. Hautant, Paryż, Prof. J. Maisin Löwen, Prof. W. Palumbo Florencja, Prof. F. Peras'io Medjolan, Prof. Ch. Regaud, Paryż, Prof. J. L. Roux-Berger, Paryż, Prof. A. Torrigiani, Florencja.

b) Temat drugi: *Przyrządy elektroakustyczne do badania i poprawy słuchu.*

Referenci: Doc. Dr. Langenbeck, Lipsk, Prof. E. Meyer, Berlin.

c) Temat trzeci: *Wpływ Konstytucji na cierpienia nosa, gardła i uszu.*

Referenci: Prof. Albrecht, Tybinga i Prof. von Gilse Utrecht.

2) Doroczne Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego odbędzie się w Krakowie w dniach 1—2 września r. b. Tematem Zjazdu będą: „Zwężenia krtani". Referentami głównemi są: Doc. J. Miodoński i Dr. A. Schwarzbart.

3) *Habilitacje*: Dr. H. Lewenfisz i Dr. D. Zuberbier otrzymali *veniam legendi* z otolaryngologji na Uniwersytecie Warszawskim.

4) Ukazały się trzy tomy prac z Instytutu Otolaryngologicznego Badań Naukowych w Leningradzie, pozostającego pod kierownictwem naukowem Prof. Wojaczka i D-ra Sacharowa. Oceny i streszczenia prac będą podane w dalszych numerach Przeglądu.

5) Ukazało się drugie wydanie, znacznie rozszerzone i powiększone „Chorób nosa i jamy nosowogardłowej" Prof. J. Szmurły. Notujemy to jak rzecz na nasze stosunki pismiennicze lekarskie bardzo rzadką.

6) Ukazała się książka Doc. T. Wąsowskiego p. t. „Gruźlica górnych dróg oddechowych i ucha", wydana przez Wileńskie Wojewódzkie Tow. Przeciwgruźlicze.

Résumé des articles.

A. Laskiewicz. Pyocèle du sinus frontal.

Les pyocèles du sinus frontal ont le plus souvent leur origine dans une lésion par suite d'une hémorragie et d'un état inflammatoire du sinus frontal à évolution assez légère, où il n'y a qu'après un certain temps formation d'une capsule muqueuse et obturation du canal naso-frontal. L'accroissement du nombre de cas de cette affection se fait remarquer en particulier après la guerre. Parmi les symptômes objectifs il faut remarquer une impossibilité de sonder le canal naso-frontal, le tableau rhinoscopique étant négatif, et des maux de tête dans la région du sinus donné. Comme symptômes extérieurs il faut mentionner une convexité dans l'angle supéro-interne de l'oeil (dès le

début), et parfois aussi celle de la paroi antérieure amincie du sinus frontal (tab. externa), qui, comprimée, donne l'impression d'un couvercle de fer-blanc déformé. De la part de l'orbite, il y a parfois un déplacement de l'oeil vers le bas et l'extérieur, parésie du muscle trochléaire avec oedème des paupières et de la conjonctive, stase papillaire et ablation de la rétine, rencontrées très rarement à la suite de petites extravasations, accompagnant une stase causée par une pression exercée sur les vaisseaux orbitaires. Enfin les symptômes endocraniens sous forme d'oppression de la dure-mère et du lobe frontal ne se manifestent que dans les cas où, par suite de la pression causés par le développement excessif du kyste, il se forme des déhiscences dans la paroi intérieure du sinus. Le traitement doit toujours se faire par l'opération radicale (par la méthode de Killian ou Riedel), qui donne un abord commode pour l'ablation totale du kyste et la révision exacte de la région orbitaire et de la tabula int., et qui met en même temps le sinus frontal à l'abri d'une récidive du processus inflammatoire et aussi empêche la formation des fistules vers l'extérieur. Description deux cas de pyocèle du sin. frontal chez un homme de 36 ans et femme de 28 ans. opérés par la méthode de Riedel.

Iwaszkiewicz. Les complications orbitaires d'origine nasale.

Les complications orbitaires et oculaires au cours des sinusites nasales appartiennent à des troubles rares (3 p. 100). Chez 732 malades on a constaté 22 sudites complications: dans 8 cas — l'oedème des paupières, dans 2 cas — l'emphysème de la paupière supérieure, 4 fois le phlegmon de l'orbite, 3 fois—l'ostéomyélite de l'orbite, 3 fois— la neurite rétrobulbaire, 2 fois — le mucocéle frontal. Le processus fut propagé des sinus etmoidaux chez 12 malades, des sinus frontaux — chez 7; 2 fois la sinusite maxillaire occasionna la complication orbitaire, une fois—c'était la sinusite sphénoidale.

A. Laskiewicz. Sur la casuistique des corps étrangers métalliques des voies respiratoires inférieures.

Les corps métalliques pointus ou lourds, tels que les balles de fusil ou de revolver, et surtout les aiguilles, les entraves, les agrafes qui ont pénétré dans la trachée et les bronches provoquent en général assez tôt un décubitus, suivi souvent par perforation de leur paroi et par infection du médiastin, ou par lésion de la paroi de vaisseaux plus importants. Par contre les corps métalliques lisses, de petites dimensions, peuvent demeurer assez longtemps dans la lumière des bron-

ches, ne donnant qu'une faible réaction locale de la muqueuse et de la partie correspondante du parenchyme pulmonaire (dilatation des bronches, modifications induratives autour de leur paroi). Ces modifications peuvent pourtant gagner en intensité dans les cas de formation de combinaisons chimiques avec le mucus, sous forme d'hydrates ou de sulfates à la surface des corps qui contiennent une forte proportion de cuivre, de zinc, de plomb etc.; ces modifications sont d'autant plus accentuées que le corps séjourne plus longtemps dans la bronche. Beaucoup plus rarement il y a résorption partielle d'un tel corps séjournant parfois pendant des années dans les voies respiratoires inférieures, ou dans une partie d'un tube bronchial à parois minces, rarement échangé et nettoyé: c'est ce qui est arrivé dans le premier de nos cas, celui d'un garçon de 13 ans, où le tube était tombé dans la trachée, après s'être détaché de la plaque. Description de 4 cas de corps étrangers métalliques dans la trachée et les bronches, extraits au moyen de l'endoscopie: une canule trachéale chez un garçon de 13 ans, un étui de fer-blanc (longueur 5 cm, largeur 5 mm) dans la trachée d'un enfant de 2 ans, un morceau de boule de laiton (poids 3,7 gr), provenant d'une ferrure, dans la bronche d'un garçon de 11 ans et une douille de balle de „tesching" dans la bronche gauche d'un garçon de 3 ans.

J. Szmurło. A propos de l'influence de l'otorrhée chronique sur l'état psychique des malades.

L'auteur s'occupe des rapports qui existent entre l'otorrhée chronique et l'état psychique des malades-le problème qui avait été déjà depuis longtemps abordé par Itard et puis étudié par V. Urbantschitsch de Vienne. L'auteur a observé dans un de ses cas la mémoire du malade, qui s'était empirée pendant l'otorrhée chronique s'être considérablement amélioré après l'évidement pétromastoïdien. Dans le deuxième cas une malade de 23 ans, après l'évidement occasionnée par l'otorrhée chronique, a subi une attaque de délire avec amnésie, qui durait plus d'une semaine. Pendant l'accalmie qui survint ensuite elle se plaignait des maux de l'oreille opérée, et de la clinique psychiatrique ellé fut transferée dans la clinique otolaryngologique où toute la cavité évidée fut trouvée remplie des granulations qui secrétaient du pus. Les granulations furent enlevées et l'état de la malade s'améliora vite. Dans les granulations on trouva des cellules géantes et de plusieurs debris de fils de gaze qui avaient joué le rôle des corps etrangers et irritaient les tissus sousjacents. Plusieurs mois sont écoulés et des nouvelles granulations apparurent suivies d'un nouvel accès de délire

avec amnésie. Après une nouvelle curettage de la plaie l'état de l'oreille devint normal et la malade se rétablit vite sans avoir subi de nouveaux accès de la psychose.

Conclusion: La psychose aigué dont l'attaque avait atteint la malade fut provoquée par les bourgeons charnus exagérés occasionnés par irritation du tissu couvrant la cavité évidée par le corps etranger sous forme de débris minimes de fils de gaze laissés dans la plaie après les pansements.

Wąsowski et Hurynowicz. La chronaxie du pneumogastrique dans la thrombose provoquée de la veine jugulaire chez le lapin.

Les expériences antérieures de Hurynowicz et Czarnecki ont établi par une méthode d'examen spécial, que la chronaxie normale du pneumogastrique chez le lapin, mesurée in situ à travers les téguments, est environ de 0,5 s.

Basés sur ces données Wąsowski et Hurynowicz ont provoqué une thrombose artificielle de la veine jugulaire droite chez le lapin par une injection de la paraffine steriliseé et ont étudié dans ces conditions l'excitabilité du pneumogastrique par la dite méthode. Les mesures de la chronaxie prises dans 2, 7, 12, 14 jours après l'injection de la paraffine ont rélevé une augmentation marquée de l'excitabilité du pneumogastrique droit se traduisant par une diminution de la chronaxie jusqu'à 0,2 s. la chronaxie normale étant de 0,5 s.

Dans la plupart des cas — les réactions locales (infiltration) et générales (fièvre) à l'injection ont été assez prononcées. Les résultats de ces investigations pourraient donner lieu á des applications pratiques ayant pour but l'étude du pneumagastrique dans les affections des veines cérebrales.

Les changements de l'excitabilité du pneumogastique, mésurés par la chronaxie reflettent-ils l'état pathologique du sinus et des veines crâniénnes et pourraient-ils contribuer au diagnostique de leurs affections.

Dylewski. La diaphanoscopie du larynx.

Les recherches de l'auteur montrent que la diaphanoscopie du larynx est un bon procédé diagnostique qui permet de déterminer les limites des tissus malades ainsi que découvrir des symptomes qui ne peuvent être constater par la simple laryngoscopie indirecte.

J, Małecki. Sur la valeur diagnostique des désignations de la concentration des iones hydriques et de la réserve alcaline dans l'otospongiose.

L'auteur a examiné le pH et la réserve alcaline dans 11 cas. Dans 9 cas. l'équilibre acido-base était poussé vers la direction acide.

Ce détail a d'après l'auteur une grande valeur diagnostique. Un pH audessous 7,59 (temp. 18^0 C) et une réserve alcaline au-dessous de 50 dit pour le diagnostic de otospongiose parce que dans les autres surdités chroniques progressives l'équilibre acido-base est normale.

Dylewski. Sur la methode graphique de déterminer la perméabilité du nez.

L'auteur couvre le nuage sur la plaque metallique ou celle de verre avec la poudre de gomme arabique fine pulverisée. La poudre se colle à la plaque et circonscrit les limites du nuage.

Jankowski et Wolner. La réaction cutanée dans le sclérome.

Les auteurs ont examiné la réaction de la peau après l'injection intradermale de l'emulsion des baccilles de Frisch chez 17 sujets sains et chez 36 scléromateux, appliquant une solution de l'antigène plus ou moins concentrée (de 1 : 5 à 1 : 500). Les expériences n'ont pas démontré la spécifité de cette réaction.

Dylewski. Sur l'épiglottotomie.

L'auteur se basant sur 21 cas d'épiglottotomie conclut, que:

1) L'épiglottotomie n'est pas un procédé sûr pour diminuer la dysphagie,

2) dans la pluparts de cas l'auteur observait après l'épiglottotomie une amélioration locale ainsi que génerale, cependant dans certains cas cette opération peut provoquer l'aggravation de l'état du larynx et de celui des poumons,

3) parmis les contrindications pour l'épiglottotomie les plus importantes sont: la température élévé septique ainsi que le mauvais état general du malade.

L'auteur observait après l'épiglottotomie deux cas d'hémorragie et un cas d'asphyxie.

J. Szmurło. La réforme des études médicales et l'otolaryngologie.

Les Facultés médicales polonaises sont préoccupées à l'heure actuelle, de la question de la meilleure organisation des études médicales et sont en cours de préparer de nouveaux projets sur le sujet. L'auteur qui avait fait connaissance de quelques projets en question en a reçu l'impression qu'il existe une tendance du coté des leurs auteurs de diminuer l'importance scientifique et pratique de notre vaste spécialité parmi les autres sciences médicales et de restreindre le nombre des heures consacrées à son étude et prévient contre les décisions prématurées et mal réfléchies.

Ś. p. D-r Med. Dyonizy Hellin.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne poniosło ciężką stratę. dniu 12 września r. b. zmarł w Warszawie ś. p. D-r Med. Dyonizy llin, jeden z najbardziej światłych i pracowitych członków T-wa. arł w 68-ym roku swego życia w pełni sił umysłowych, czynny awie do ostatnich dni żywota, chociaż już od szeregu lat trawiony ciężką niemocą. Po ukończeniu Szkoły Średniej w 1888 r. Zmarły wstąpił na wydział lekarski w Heidelbergu, a po dwuletnim w nim pobycie przeniósł się do Dorpatu i tam uzyskał stopień lekarza w 1892 r., poczem udał się do Monachjum i Strassburga, gdzie studjował chirurgję ogólną oraz fizjologję i anatomję patologiczną. W 1897 roku pracował przez czas krótki w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu, następnie zaś w szpitalu miejskim w Kownie, gdzie pełnił obowiązki ordynatora oddziału chirurgicznego. Wybuch wojny rosyjsko-japońskiej w 1904 r. stanowił przełom w życiu Zmarłego. Powołany do armji rosyjskiej zdołał uwolnić się od tego obowiązku i zamiast na Daleki Wschód, udał się na Bliski Zachód, do klinik francuskich i niemieckich, poświęcając się wyłącznie otolaryngologji, ale nie zaniedbując jednocześnie pracy nad teoretycznemi zagadnieniami naszej nauki. Przez czas dłuższy pracował Zmarły w charakterze asystenta, a następnie nawet zastępcy, znakomitego berlińskiego lekarza Jansena. W 1912 roku wraca do Warszawy i tutaj w krótkim czasie zdobywa sobie uznanie i liczną klijentelę dzięki swej wiedzy fachowej i zaletom osobistym. W ostatnich latach Zmarły poświęcił dużo pracy chirurgji kosmetycznej, przyczem, dzięki swym zaletom osiągał doskonałe wyniki zwłaszcza w operacjach kosmetycznych zniekształceń nosa; w tej dziedzinie był prawdziwym pionierem. Obdarzony dużemi zdolnościami, a wyróżniający się wielką pracowitością D-r Dyonizy Hellin pozostawił duży dorobek naukowy, zarówno z naszej specjalności, jak również i z dziedziny czystej nauki. A wszystkie jego prace odznaczają się zawsze oryginalną myślą i oryginalnem podejściem do przedmiotu, to też trwałość ich w literaturze naukowej jest zapewnioną. Dzięki tym pracom zwłaszcza z dziedziny fizjologji oddychania i narządu słuchowego Zmarły uzyskał i godność profesora Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Poza pracą zawodową i naukową Zmarły poświęcał wiele czasu zagadnieniom społeczno-lekarskim. Pracując, od chwili ich założenia, w Kasie Chorych, obznajmiony doskonale z tą dziedziną pracy lekarskiej w Zachodniej Europie, ś. p. D-r Hellin pragnął uchronić świat lekarski od fatalnych następstw istniejącego systemu. W tym celu założył tygodnik „Lekarz Kasy Chorych", w którym z całą namiętnością i niezwykłą odwagą cywilną piętnował wszelkie nadużycia i zło, jakie się tam rozpanoszyło, narażając się na represje ze strony gromionych przez siebie „dygnitarzy". Pozbawiono go też rychło pracy w „Kasie", przyczem ze smutkiem zaznaczyć należy, że ni stanęli w Jego obronie ci, których interesów z całem samozaparciem bronił. Wprawdzie sprawę Sądową wygrał i przysądzono mu nawet poważne odszkodowanie, jak również wygrywał z zasady wszelkie sprawy, wytaczane Mu przez jakoby pokrzywdzonych przezeń „kacyków", ale nie mogło się to nie odbić na jego stanie materjalnym, tak że zwłaszcza w ostatnich latach troska o byt niejednokrotnie zasępiła jego czoło. W dzisiejszych czasach, kiedy tak bujnie krzewi się oportunizm, a mocne pięści, giętkie plecy i elastyczne sumienia bywają najlepszą rękojmią życiowego powodzenia, ś. p. D-r Dyonizy Hellin, ze swą niezwykłą odwagą cywilną, z natury wielce prawy i niesklonny do kompromisów, ale wierzący w idealnie pojmowaną sprawiedliwość, był dla wielu poprostu niezrozumiały. Dla tych jednak, którzy znali bliżej tego szlachetnego bojownika o sprawiedliwość, bez żadnych kompromisów, pozostanie On na zawsze rycerzem, wiernym do ostatnich dni Swego życia tej przepięknej dewizie.

„Percat mundus, fiat justitia",
Cześć Jego zacnej pamięci!

Jan Czarnecki.

Spis prac naukowych.

1) Struma und Schilddrüse, München 1893. 2) Struma sarcamatosum (Inaugural-Dissertation) München 1893. 3) Ueber den wirksamen Bestandtheil der Schilddrüse. Arch. f. Exper. Pathol. u. Pharmak. 4) Anleitung zum Chloroformieren. Leipzig 1898. 5) Die Behandlung der Abszessen. Zentral. f. Chirurgie 1908. 6) Ueber die Diurese (D-r Hellin u. D-r Spiro) Arch. f. Exper. Pathol. u. Pharmak. 7) Die Folgen von Lungerexpiration. Arch. f. Exper. Pathol. u. Pharm. 1906. 8) Ueber das Collabiren der Lunge beim Pneumothorax. Berl. klin. Wochen. 1901. 9) Der doppelseitige Pneumothorax. und die Unabhängigkeit der Lungenrespiration von der Druckverhältnissen. Jena 1907. 10) Der doppelseitige Pneumothorax. Arch. f. Exper. Pathol. u. Pharm. Leipzig. 1908. 11) Das doppelseitige Empyen. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 82, Heft. 3. 12) Schultheorie der Lungenrespiration und Tatsachen. Arch.

f. d. ges. Physiologie 1912. 13) Ueber Zwerchfellähmung nach einseitiger Phnenicusdurchschneidung. D. Med. W. 1912. 14) Die Beeinflussung von Lungenerkrancungen durch künstliche Lähmung des Zerchfell. Münch. und. W. 1913. 15) Zur Geschichte der Phrenicotomie. M. u. W. 1925. 16) Pheumothorax. bilateral simultané experimental sans issne mortelle 1921. 17) Relations entre les affections de l'oeil et celles de l'oreille (Hellin — Szwarc), Varsovie 1922. 18) Du rôle du labirinthe dans la maladie de Basedow (Hellin — Szwarc). Rev. N. 19) Rak i jego leczenie w świetle biologji 1908. 20) O przyczynie powstawania ciąży mnogiej. Gaz. Lek. 1908. 21) O nieznanej dotychczas własności surowicy ciężarnych i noworodków. Gaz. Lek. 1914. 22) Hellin — Grodecki: Empyema ambilaterale. Czas. Lek. 1905. 23) Ropotok obustronny opłucny. Medycyna 1906. 24) O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego tudzież uwagi o podwójnej odmie piersiowej. Gaz. Lek. 1906. 25) Metoda sucha w przebiegu ropienia ucha środkowego. 1924. 26) O stosunku błędnika do niektórych układów ustroju. 1924. 27) O rozbieżności objawów błędnikowych. 1925. 28) Rola błędnika w życiu codziennem. 1926. 29) Ucho, jako narząd równowagi i orjentacji. 1927. 30) O wpływie gruczołów dokrewnych na umysł i charakter 1929. 31) Das Carcinom. Leipzig 1898. 32) Das Carcinom und seine Therapie in Liehte der Biologie. Berlin. 1906. 33) Versuch einer Therapie des Careinoms. Eine Hypothese. W. m. W. 1908. 34) Das Verhalten der Cholerabacillen in aëroben und anaëroben Culturen. A. f. H. 35) Die Ursache der Multiplicität der uniparen Thiere überhaupt und der Zwillingschwangerschaft beim Menschen insbesondere München 1895. 36) Ueber eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Nengeborenen und Schwangeren. M. m. W 1914.